

**A importância da Intervenção Precoce em crianças com
Trissomia 21 (T21)**

**Relatório de estágio relativo ao apoio prestado a duas crianças
com 2 e 4 anos no Instituto Christel Manske em Hamburgo**

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato, Professor associado da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão, Professora Auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo, Professora
Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Telma Renata Ferreira Sena

2018

“Para compreender uma criança temos de voltar ao país das memórias, reviver o que ficou para trás, habitar de novo medos de que nos esquecemos. Olhar com olhos de espanto, chamar filha a uma boneca, e replicar o milagre da criação dando-lhe voz. Para a compreender temos de voltar a pele do avesso, reduzir a dimensão do corpo na medida inversa em que cresce o sentimento. Cada criança é uma história por contar. Por vezes o Capuchinho Vermelho perde-se no bosque e não há beijo que resgate a Bela Adormecida. Para muitas crianças a sua história pode não terminar bem, e não viverem felizes para sempre (...) Para que todas as crianças tenham um final feliz (...) para os que não deixam o Espelho Mágico dizer a alguma criança que há alguém mais belo do que ela.”

[Nuno Lobo Antunes, in Mal - Entendidos, 2012]

Agradecimentos

Durante todo este processo de estágio, e de elaboração do respetivo relatório muitas foram as pessoas que me acompanharam e tornaram possível a concretização da mesma.

Agradeço de forma especial à Professora Doutora Teresa Brandão pela orientação, dedicação, profissionalismo, ensinamentos, sugestões e conhecimentos na área da Intervenção Precoce. Pela disponibilidade, por todas as horas perdidas via *Skype* a responder às minhas dúvidas e incertezas combatendo assim a distância que se fez sentir mas que nunca me derrubou. À Doutora Christel Manske por tudo o que me ensinou, pela orientação que me deu, por me ter dado a oportunidade e me ter feito crescer tanto cá fora, por todos os métodos novos que aprendi e pela paciência, enfatizando sempre o meu esforço. Ao Doutor Hans Kowork, médico psicoterapeuta, por todos os ensinamentos clínicos.

À Lyn por ter participado de forma ativa e positiva no meu crescimento enquanto pessoa e profissional e pela equipa que formámos ao longo destes oito meses juntas.

À família Streuer, pais da criança A e à família Bockelmann, pais da criança B pela disponibilidade, simpatia, amabilidade, motivação e paciência. A todos os outros pais das crianças com as quais desenvolvi trabalho extra, obrigado pela confiança que depositaram em mim.

Às minhas avós pela ajuda e preocupação, e aos meus amigos por nunca me deixarem triste e ausente, mas contrariamente me fazerem sentir sempre perto.

Aos meus colegas de casa, pelo apoio e pela preocupação da minha integração, por me fazerem tantas vezes sentir verdadeiramente em “casa”. Ao J. por me ter mostrado que a melhor experiência da vida começa quando saímos da nossa zona de conforto quer pessoalmente quer profissionalmente.

À minha família em especial pai, mãe, irmãos por acima de tudo tornarem este meu sonho possível, por todas as chamadas de força e motivação, por me ouvirem, por me abrirem as portas ao mundo nunca me deixando faltar nada. Mesmo que a distância seja uma lacuna grande que se fez sentir, foram sempre os primeiros a dar-me a mão e a abrir as minhas asas cobrindo-me de amor e saudade num contínuo crescimento.

Se sou o que sou hoje, a todos vos devo.

Obrigado.

Resumo

A Intervenção Precoce (IP) consiste na prestação de serviços, dirigidos à criança dos zero aos seis anos de idade e suas famílias, com o objetivo de reduzir os efeitos dos fatores de risco ou diminuir o impacto de diferentes problemáticas no processo de desenvolvimento da criança. O presente relatório, descreve e analisa a importância da Intervenção Precoce, com base em dois estudos de caso de duas crianças com Trissomia 21 de 2 e 4 anos de idade, apoiadas no Instituto Christel Manske em Hamburgo, na Alemanha. Utilizaram-se como instrumentos de recolha de dados e caracterização dos casos: uma ficha de Anamnese e a *Schedule of Growing Skills II* (SGSII) para proceder a avaliação do desenvolvimento psicomotor das crianças e definir os respetivos perfis de desenvolvimento. Para conhecer os recursos e necessidades das famílias utilizamos: o Ecomapa; a Entrevista baseada nas Rotinas (EBR) e o Inventário das necessidades e interesses da família. O relatório engloba uma revisão da literatura relativa à Trissomia 21 e valor da Intervenção Precoce, enquadramento institucional legal, bem como a descrição e reflexão sobre o processo de intervenção com as referidas crianças que evidencia melhorias significativas após o processo de intervenção, não explicáveis pelos efeitos da maturação exclusivamente.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, necessidades, família, Trissomia 21, EBR, Ecomapa, SGS II, Christel Manske Institut, Hamburgo, Alemanha.

Abstract

Early Intervention (EI) consists on providing services, aimed for the child and the family, in order to reduce the effects of risk factors on the child's development. The present study explores the importance of an early intervention program conducted at Christel Manske Institut in Hamburg – Germany, with two children diagnosed with Down-Syndrome, aged 2 and 4 years old. We used as tools for data collection and characterization of cases: the Anamnesis as a description of the clinical history of both children, the Schedule of Growing Skills II (SGSII) to evaluate psychomotor development and establish the development profiles of the children pre and post intervention. To know the resources and needs of the families we used the Ecomap, the Routines Based Interview (RBI), and the Inventory of needs and interests of the family. The present report includes a review of the literature about Down-Syndrome, the

importance of early intervention, the legal institutional framework of the intervention we conducted, as well as a presentation and discussion, of the intervention process and the significant changes on the children under study, not only explained through the effects of growing.

Key-words: Early intervention, family needs, children, Down-syndrome, RBI, Ecomap, SGS II, Christel Manske Institut, Hamburg, Germany.

Auszug

Die Frühintervention besteht aus der Bereitstellung von Dienstleistungen, die auf das Kind und die Familie ausgerichtet sind, um die Auswirkungen von Risikofaktoren oder Mangel auf die Entwicklung des Kindes zu reduzieren. Die vorliegende Studie untersucht eine Form der Frühintervention, welche im Christel Manske Institut in Hamburg, mit zwei Down-Syndrom Kindern (2 und 4 Jahre alt), durchgeführt wurde. In dieser Studie wurden folgende Tests und Datenerfassungsmethoden verwendet: Schedule of Growing Skills II (SGS II) sowie eine Anamnese zur Beschreibung der klinischen Vorgeschichte beider Kinder. Diese dienen der Evaluation psychomotorischer Entwicklung und der Erfassung des Entwicklungszustandes vor und nach der Intervention. Ein Umweltzirkel, Routine Based Interview (RBI) und ein Fragebogen über die Bedürfnisse und Interessen der Familie wurden ebenso durchgeführt. Die vorliegende Studie enthält auch eine Überprüfung der Literatur über Down-Syndrom sowie dem rechtlichen institutionellen Rahmen der therapeutischen Arbeit. Aufgezeigt wird in dieser Arbeit der Interventionsprozess der psychomotorischen und verhaltensbezogenen Frühintervention der untersuchten Fälle sowie deren Auswirkung und Bedeutung für die Arbeit mit Down-Syndrom Kindern.

Schlüsselwörter: Frühintervention, Bedürfnisse, Familie, Kinder, Down-Syndrom, RBI, Umweltzirkel, SGS II, Christel Manske Institut, Hamburg, Deutschland.

Índice

Introdução	11
I. Enquadramento da prática Profissional	12
1. Intervenção Precoce	12
1.1. Evolução do conceito	12
1.2. Modelos conceptuais	14
1.3. Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância.....	21
1.4. Intervir nos contextos naturais da criança	23
1.5. Família, interesses e necessidades	25
1.6. Intervenção Precoce em Portugal	27
1.7. Intervenção Precoce na Alemanha – progressos e desenvolvimentos	32
2. Trissomia 21	38
2.1. Conceito de Trissomia 21	38
2.2. Características físicas das crianças com Trissomia 21	39
2.3. Características clínicas das crianças com Trissomia 21	41
2.4. Implicações da T21 no desenvolvimento da criança.....	42
2.5. Diagnóstico e Intervenção	45
2.6. Benefícios da Intervenção Precoce na T21	46
3. Enquadramento institucional formal.....	49
3.1. Localização e organização	49
3.2. Missão e Objetivos	49
3.3. Espaço físico	50
3.4. População atendida.....	50
3.5. Extensão à comunidade	51
4. Contexto Funcional.....	51
4.1.Organização e Funcionamento da Psicomotricidade e da Intervenção Precoce no Instituto.....	51
II – Realização da prática profissional	60
1. População apoiada.....	60
2. Faseamento da Intervenção	61
3. Horário de Estágio.....	62
4. Contextos de Intervenção	62

5. Instrumentos de Avaliação	64
6. Processo de Intervenção.....	70
6.1. Criança A.....	70
6.2. Criança B.....	89
7. Análise dos Resultados	105
8. Atividades complementares	110
9. Dificuldades e Limitações	110
Conclusão	113
Referências Bibliográficas	116

Índice de Figuras e Esquemas

Figura 1 - A unified theory of development.....	6
Figura 2 - Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.....	7
Figura 3 - Modelo de Intervenção Precoce e suas componentes.....	20
Figura 4 - Os 4 níveis de desenvolvimento - <i>Inklusive Lesefibel</i>	55
Figura 5 - Páginas exemplificativas retiradas do <i>Lesefibel</i>	47

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Aquisições básicas em 4 áreas do desenvolvimento em crianças com T21.....	43
Tabela 2 - Características gerais das crianças acompanhadas	60
Tabela 3 - Fases do Processo de Intervenção	62
Tabela 4 - Horário das Atividades de Estágio	62
Tabela 6 - Perfil do Desenvolvimento da criança A.....	76
Tabela 7 - Tipologia das sessões da criança A	83
Tabela 8 - Balanço Final do Perfil de Desenvolvimento da criança A.....	85
Tabela 9 - Comparação entre as Áreas fortes, intermédias e fracas na Avaliação Inicial e Final (SGSII) da criança A.	88
Tabela 10 - Perfil de cotação da criança B	94
Tabela 11 - Tipologia das sessões da criança B	102
Tabela 12 - Balanço final do Perfil de desenvolvimento da criança B.....	103
Tabela 13 – Comparação entre as áreas fortes, intermédias e fracas na Avaliação Inicial e Final (SGSII) da criança B.....	105

Índice de Anexos

1. Consentimentos Informados	II
2. Ficha de Registo SGS II – Criança A	XIII
3. Inventário das necessidades e interesses da família - Criança A	VIII
4. Ficha de Registo SGS II - Criança B	IX
5. Inventário das necessidades e interesses da família - Criança B	XIV
6. Exemplo de um planeamento de sessão da criança A	XV
7. Exemplo de um planeamento de sessão da criança B	XVIII
8. Materiais construídos no âmbito da intervenção	XXI
9. Materiais adaptados utilizados na aplicação da SGSII	XXII
10. Livros publicados pela Diretora-Técnica do Instituto	XXIII
11. Livro de conceitos matemáticos construído para crianças com T21	XXIV
12. Ilustrações do <i>LeseFibel</i>	XXV
13. Carta de Motivação	XXVI

Lista de Abreviaturas

BFH – Bundesinitiative Frühe Hilfe

BzgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

COMP - Centro de Observação Médico-Pedagógico

COOMP - Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico

DJI – Deutsches Jugendinstitut

D.S.O.I.P - Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

EBR - Entrevista Baseada nas Rotinas

ECEC - Early Childhood Education and Care

EI - Early Intervention

EUA – Estados Unidos da América

GIT – Grupo Técnico de Investigação

INIF – Inventário das necessidades e interesses da família

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

KIDS- Kinder Initiative Deutscher Schüler - Aktuell magazine Hamburg

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NZFH - Nationales Zentrum Frühe Hilfen

OD – Orientação Domiciliária

PIIP - Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra

SGS II – Schedule of Growing Skills II

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOD – Serviço de Orientação Domiciliária

SPZ - Sozialpädiatrische Zentrum

T21 – Trissomia 21

Introdução

O nascimento de uma criança com Necessidades Educativas Especiais (NEE) acarreta um conjunto de mudanças significativas, no seio familiar. A Intervenção Precoce (IP) na atualidade é resultado de um percurso rápido, contínuo e paralelo de domínios como a psicologia do desenvolvimento, as neurociências, a saúde, a educação especial, entre outros que culmina atualmente, em modelos de atendimento integrados e multidimensionais às crianças em risco ou com problemas de desenvolvimento comprovados e respetivas famílias. Nos últimos anos têm-se observado alterações significativas na forma de atuação da Intervenção Precoce. Esta mudança verificou-se essencialmente no paradigma que deixou para trás uma intervenção focada na criança, em prol de uma intervenção mais abrangente e ecológica, através da qual a família e todos aqueles que se relacionam com a criança, ganham importância e significado pelas experiências que proporcionam e pela forma como interagem com ela, desempenhando assim um papel estruturante, estável e de suporte no seu processo de desenvolvimento.

De uma forma geral, podemos afirmar que a Intervenção Precoce teve a sua génese nos anos 60, altura em que surgiram os primeiros programas com uma dupla vertente, terapêutica e compensatória, inicialmente vocacionados para crianças em situação de risco resultante do seu enquadramento socioeconómico, sendo que apenas mais tarde foram incluídas, crianças com problemas de desenvolvimento. Desta forma, o enfoque era por si só maioritariamente centrado na criança, numa primeira fase, sendo posteriormente alargado à família. O primeiro capítulo, relativo ao enquadramento da prática profissional, procura abordar a Intervenção Precoce, enquanto conceito e respetiva evolução, não esquecendo as práticas recomendadas e a importância que as rotinas, interesses e necessidades representam na vida da criança e da família. Seguidamente será feita uma abordagem à Trissomia 21, e implicações desenvolvimentais nos domínios sensoriais, cognitivos, motores, comunicativos, sócio afetivos e comportamentais sendo seguido do enquadramento legal institucional. No segundo capítulo, focado na realização da prática profissional será relatada toda a experiência vivida, desde a caracterização sócio familiar e avaliação inicial, passando pela intervenção e avaliação final de cada criança em estudo, bem como a descrição detalhada dos instrumentos e escalas aplicadas. Por último, quando relatadas as principais dificuldades e limitações sentidas apresentam-se nas considerações finais, uma reflexão de todo o processo vivido e descrito neste relatório.

Capítulo I - Enquadramento da prática profissional

Neste capítulo inicial, pretende-se descrever os conceitos e as temáticas que se encontram relacionadas com a prática profissional realizada no Instituto Christel Manske. O capítulo divide-se em duas partes: (a) *Enquadramento Teórico*, o qual consiste na revisão da literatura dos temas Intervenção Precoce e Trissomia 21; (b) *Enquadramento Institucional*, o qual engloba a apresentação da instituição onde decorreu o estágio, os objetivos e métodos nos quais o seu trabalho se baseia, assim como a sua dinâmica de funcionamento e a equipa técnica que a compõe.

I. Enquadramento da prática Profissional

1. Intervenção Precoce

1.1. Evolução do conceito

Com base numa breve sinopse histórica, podemos afirmar que os primeiros programas de IP, emergem na década de 60, nos Estados Unidos assentes em dois pressupostos diferentes, a vertente compensatória e a vertente preventiva focadas no desenvolvimento das capacidades da criança dirigidas essencialmente para o apoio a crianças socialmente desfavorecidas (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003). Mais tarde, estes apoios passam a abranger crianças com necessidades educativas especiais (NEE), proporcionando, a vertente compensatória, a estimulação adequada a estas crianças com vista a evitar futuros insucessos escolares (McWilliam et al., 2003; Serrano 2007; Almeida, 2000; Cruz, Fontes e Carvalho, 2003).

É no final da década de 70, com a publicação da legislação americana (*Public Law* nº 94-142 – *Education for all Handicaped Children*), que a Intervenção Precoce passa a ser reconhecida como um direito ao qual todas as crianças com deficiência e respetivas famílias deverão ter acesso, desde o nascimento da criança, constituindo um tipo de apoio com foco central não apenas na criança mas também na família (Correia e Serrano, 2000; McWilliam, Crais & Winton, 2003; Serrano, 2007).

A evolução do conceito foi acompanhando as reformas legislativas, e as diferentes teorias e práticas ao longo do tempo (Ruivo e Almeida, 2002; McWilliam, Crais & Winton, 2003).

O Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) e o Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (1975), bem como a Convenção dos direitos da criança em 1989, e as Normas

sobre a Igualdade de Oportunidades para as pessoas com Deficiência em 1994, publicadas pela Unesco, foram sem dúvida importantes marcos em todo o processo (Serrano, 2007; Pimentel, 2005).

As perspetivas de IP passam a assentar num modelo ecossistémico e transaccional, dando total importância aos contextos onde a criança se encontra inserida e ao impacto que estes vão ter no seu desenvolvimento (Almeida, 2002).

Os programas de Intervenção Precoce expandiram-se muito nos anos 80, mas é sobretudo nos anos 90, que a importância da família é reforçada e reconhecida como um sistema e ponto central do processo de intervenção, respeitando a diversidade e fortalecendo as suas práticas. Os pais tornam-se elementos ativos, capazes de intervir na educação e no desenvolvimento da criança positivamente, e desta forma “integrar um conjunto de serviços interligados de apoio à criança e à família, passando a Intervenção Precoce, por definição, a ser centrada na família e de base comunitária.” (Pereiro, 2000, p.179).

Mais recentemente, Dunst e Bruder (2002), definem a IP como um grupo de serviços, apoios e recursos, imprescindíveis para dar resposta às necessidades específicas das crianças, por meio de atividades que incentivem a aprendizagem e o desenvolvimento destas, bem como o papel presente das famílias, criando oportunidades para que as mesmas possam ter um papel ativo neste processo.

Em 2005, no documento da *European Agency for Development in Special Needs Education*, surge o termo Intervenção Precoce na Infância (IPI), que veio substituir a nível nacional o termo Intervenção Precoce e foi definido como:

“Um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período da vida da criança, incluindo qualquer ação realizada quando a criança necessita de apoio especializado para:

- Assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal,
- Fortalecer as competências da família, e
- Promover a sua inclusão social.” (*European Agency for Development in Special Needs Education*, 2005, p.17)

Os mesmos autores destacam ainda, a importância destas ações serem realizadas em ambientes naturais, preferencialmente a nível local e assente numa abordagem holística

e multidisciplinar direcionada para a família (*European Agency for Development in Special Needs Education*, 2005, p.18)

Miranda (2013) define a IPI como " um atendimento especializado direcionado a bebés e crianças em risco ou atraso no desenvolvimento global e as suas famílias, atuando na prevenção de problemas no desenvolvimento global" (Miranda, 2013, p.76).

Mais recentemente, e de acordo com Carvalho et al. (2016) a IPI apresenta como objetivo principal:

“providenciar recursos às famílias de crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, com atraso de desenvolvimento, incapacidade ou risco grave de atraso no desenvolvimento, por condições biológicas e/ou ambientais, envolvendo ativamente as redes de apoio social informal e formal, que por sua vez vão influenciar, de forma direta e indireta, o funcionamento da criança e da família”(Carvalho et al., 2016, p.9).

Em síntese, as sucessivas evoluções no conceito de Intervenção Precoce, a nível internacional e europeu, aliadas às evoluções no domínio da saúde, educação e ciências sociais, revelaram um impacto crucial e significativo na forma como os apoios são direcionados à promoção do desenvolvimento da criança em diversas situações de risco. Esta mudança na intervenção, cujo foco anterior era a criança, transforma-se hoje, como já vimos, numa abordagem cujo foco é a família e o ambiente como um todo, refletindo a evolução de um modelo médico para um modelo social (Eurllyaid, 2009).

Desta forma, importa salientar, que ainda que surjam diferentes definições e perspetivas, todas elas têm em comum um facto: a direção à criança e à família, e a rede integrada, de serviços apoios e recursos que visa sempre responder de forma adequada às necessidades expressas pela família, no sentido de promover um desenvolvimento adequado da criança, visando o seu envolvimento ativo bem como da sua família, em todo o processo.

1.2. Modelos conceptuais

São vários os modelos propostos por diversos autores e que constituem a base das práticas atuais, na Intervenção Precoce na Infância. Destacam-se essencialmente, o *Modelo Transacional de Sameroff & Chandler*, o *Modelo Ecológico e Bio-ecológico de*

Bronfenbrenner, ambos já referidos anteriormente e o *Modelo de Apoio centrado na família de Dunst*. Abordaremos de seguida os três modelos conceptuais em questão.

Modelo Transacional

O Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (1975) revê, de uma forma geral a teoria geral dos sistemas ao realçar a distinção entre sistemas fechados (i.e. estruturas específicas com ações redutíveis a princípios básicos) e sistemas abertos (i.e. estruturas que mantêm a sua organização ainda que haja troca entre os seus constituintes e o ambiente). Os autores consideram que o desenvolvimento se baseia na interação autodirigida da criança no meio que a rodeia, da qual resulta a progressiva alteração do seu comportamento, em função das experiências vividas (Sameroff, 1983).

Neste sentido, o desenvolvimento é de acordo com o mesmo autor dependente das:

- Características biológicas que estruturam a forma como o ambiente é experienciado pela criança;
- Estruturas sociais e técnicas da cultura em que esta se insere;
- Características psicológicas da criança encaradas como resultantes da relação entre as características biológicas e as estruturas sociais.

O Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (1975) demonstra a influência recíproca existente entre os prestadores de cuidados e a criança, sendo ponto-chave deste modelo aceitar, por um lado que os fatores do ambiente podem modificar problemas determinados biologicamente e, por outro, que há vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental (Shonkoff & Meisels, 2000), sendo esta questão fulcral no trabalho com crianças em situação de risco ou com deficiência.

A intervenção realizada com base neste modelo propõe a identificação de objetivos e estratégias de intervenção:

"As mudanças no comportamento são o resultado de uma série de trocas entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos ... Examinando as forças e fraquezas do sistema regulador, podem ser identificados objetivos que minimizam a amplitude da intervenção e maximizam a sua eficiência" (Sameroff & Fiese, 2000, p. 149).

Em síntese, são colocadas em foco três estratégias de intervenção, denominadas de três “R”, a Remediação (visa introduzir modificações na criança que permitam a ocorrência de modificações nos pais), a Redefinição (aceitar o comportamento da criança e facilitar as interações dos pais mais adequadas, sempre que os códigos familiares não se enquadram) e a Reeducação (ensinar os pais competências parentais básicas que permitam regular o comportamento) (Sameroff & Fiese, 2000).

Numa perspectiva mais recente apresentada pelo autor em 2010, na análise da dialética *nature versus nurture*, o mesmo propõe a unificação do modelo do desenvolvimento. Explica assim que as experiências biológicas, psicológicas e sociais interagem entre si, num todo que conhecemos como o sistema biopsicossocial do indivíduo (Sameroff, 2010).

“Over the time body changes, the brain changes, the mind changes, and the environment changes along courses that may be somewhat independent of each other and somewhat a consequence of experience with each other.” Sameroff (2010, p.20).

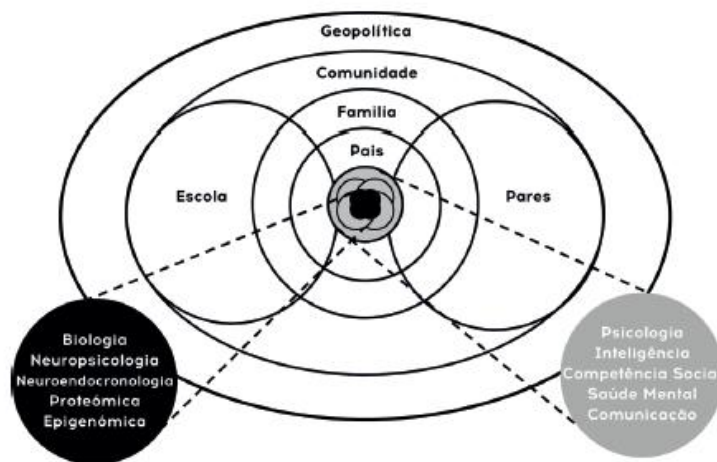


Figura 1 - A unified theory of development. Retirado de: Sameroff, A. (2010). A dialectic integration of *nature and nurture*. Child Development 81(1) 6-22, p.13.

A perspectiva transacional encontra-se na gênese da maioria das alterações relevantes ocorridas nas práticas da IPI, nomeadamente no que se refere à definição de estratégias de intervenção para a promoção do desenvolvimento das crianças e das famílias (Almeida, 2013; Pacheco, 2013; Shonkoff & Meisels, 2000).

Modelo Ecológico e Bio-ecológico

De acordo com Costa (2012), a ecologia do desenvolvimento humano sublinha o papel crucial da família no desenvolvimento da criança, mas refere também, que esta depende de outros contextos mais latos: sociais e institucionais.

Bronfenbrenner (1979) concebeu o Modelo Ecológico do Desenvolvimento, no qual defende a existência de uma interação mútua entre os indivíduos e os ambientes que o rodeiam. Refere que o indivíduo é parte constituinte de um ambiente ecológico composto por sistemas próximos da criança que interagem entre si, influenciando mutuamente o seu desenvolvimento. Estes sistemas denominam-se de: *microsistema*, *mesossistema*, *exosistema* e *macrossistema* e estão apresentados na figura seguinte.

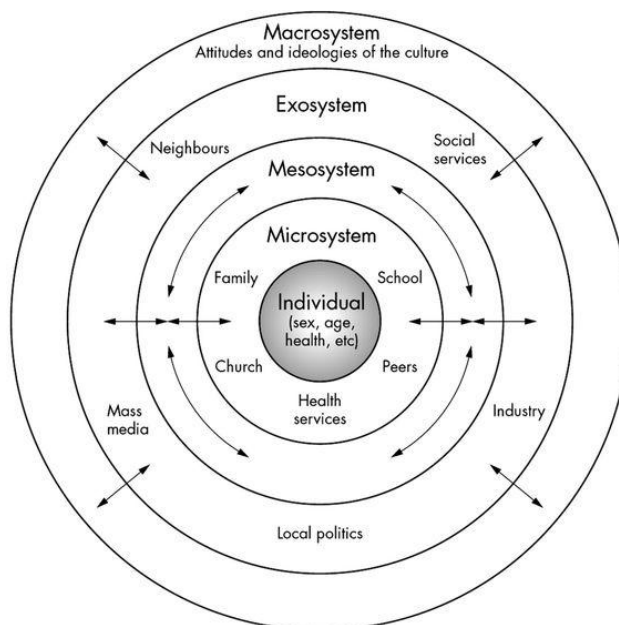


Figura 2 - Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. Retirado de: Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce* (Vol.16). Porto Editora, p.38.

De acordo com Bronfenbrenner (1979), consideram-se quatro níveis ecológicos, organizados num sistema hierárquico, cujo centro representa a criança, sendo estes:

- **Microsistema** - refere-se aos contextos mais próximos da criança. No contexto familiar, o microsistema inclui as relações entre pais e criança, criança e irmãos e entre membros da família. No contexto educacional/de aprendizagem, inclui as relações entre as crianças, a criança e os adultos presentes nesse contexto e a

capacidade da criança em lidar com as alterações do ambiente em questão (Serrano, 2007).

- **Mesossistema** - engloba a interação entre o microsistema e o exossistema. Abrange as relações entre o contexto familiar e os serviços, o contexto familiar e os vizinhos, e o grupo de pares/colegas.
- **Exossistema** - refere-se às estruturas sociais cujos componentes têm impacto direto no mesossistema e microsistema.
- **Macrossistema** - engloba as atitudes, crenças, valores, ideologias e aspetos normativos de determinada cultura ou subcultura específica.

A conceção de um sistema hierárquico e interrelacionado estabelecido por Bronfenbrenner permite-nos compreender quais os fatores que influenciam o desenvolvimento e quais as relações e interações existentes e possíveis entre a criança e os que a rodeiam (i.e. os prestadores de cuidados), não esquecendo os contextos naturais nos quais a criança e a família se situam (Tegethof, 2007).

A reformulação do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizada por Bronfenbrenner e Morris em 1998, incluiu uma nova forma de olhar as características da pessoa em desenvolvimento, enfatizando as características biopsicológicas da mesma. A falha do primeiro modelo reside no facto de, segundo os autores a pessoa ser colocada em segundo plano e ser dado foco prioritário aos contextos (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

De acordo com Hansel (2012), o modelo ecológico de Bronfenbrenner, bem como o Modelo Transacional de Sameroff & Chandler, apresentam em comum o facto de que:

“ as famílias funcionam como mediadores entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que o grupo familiar se insere num sistema ecológico social mais abrangente e é influenciado pelas mudanças existentes na comunidade e na sociedade” (Hansel, 2012, p.35).

Analisaremos de seguida um modelo mais recente que muito contribuiu para um novo olhar no que toca aos serviços de IPI: o Modelo para a Intervenção Precoce e Apoio centrado na Família de Dunst.

Modelo para a Intervenção Precoce e centrado na Família de Dunst

Este modelo, inicialmente desenvolvido por Dunst em 1985, é um modelo baseado na evidência e foi reformulado pelo mesmo autor em 2000, assentando nos mesmos conceitos veiculados nas suas propostas iniciais (modelos de primeira e segunda geração), que se mantêm nesta última, sendo designado na atualidade como um modelo de terceira geração, sobre o qual incidiremos a nossa análise.

Segundo Tegethoff (2007) o que se considera como mais inovador nas propostas de Dunst, é o enfoque que este coloca no apoio social e a defesa que faz de novos modelos de intervenção que, ao contrário da tradicional dependência dos profissionais e dos serviços, se possam basear essencialmente na mobilização das redes sociais de apoio.

Segundo Dunst (2000) nesta nova proposta, o apoio social funciona como uma fonte de oportunidades e de experiências que o meio envolvente oferece e que contribui para promover variações no desenvolvimento da criança, atuando como uma modalidade de Intervenção Precoce (Dunst, 2000).

De acordo com Correia (2014), este modelo caracteriza-se por uma intervenção centrada na ajuda oferecida aos prestadores de cuidados, com o intuito de promover e facilitar o desenvolvimento da criança, bem como o processo adaptativo da família.

A IPI é vista como um mediador entre a criança, os indivíduos, objetos e símbolos, que se influenciam mutuamente, e fazem parte dos contextos centrados na família e comunidade, operacionalizados através do referido Modelo da Terceira Geração Baseado na Evidência desenvolvido por Dunst (Almeida, 2010).

Brandão e Craveirinha (2011) referem que o conceito de apoio ou suporte social permite-nos compreender o dia-a-dia das pessoas na comunidade, além de sugerir alternativas de apoio, onde se incluem as ajudas emocional, psicológica, física, informativa, instrumental e material fornecida pelos outros, que vai influenciar o comportamento de quem solicita a ajuda.

De acordo com Serrano (2007) este modelo "baseia-se no pressuposto de que o apoio social, fator contextual mais periférico, influencia direta e indiretamente o bem-estar e o funcionamento da família e o desenvolvimento da criança". Além disso é um modelo mais abrangente, dado que sublinha o aspeto importante da influência envolvental, o papel das intervenções e as características da criança, e da relação com os pais (Almeida, 2010; Almeida, 2011).

Neste sentido e como referimos em cima o mais recente modelo proposto por Dunst, refere que as práticas de prestação de ajuda à família devem promover experiências e oportunidades que tornem a família capaz e corresponsável no uso dos recursos da comunidade, com vista a satisfazer as suas necessidades e aspirações.

Este modelo inclui assim as seguintes componentes: *as oportunidades de aprendizagem das crianças* (as que se revelam interessantes a fim de motivar a criança à participação e ao sentimento de controlo próprio), o *apoio às competências dos pais* (as informações, orientações, e aconselhamento que fortifiquem as capacidades dos pais), *recursos da família/comunidade* (recursos intrafamiliares, informais, formais e comunitários imprescindíveis para uma parentalidade consciente) e *as práticas de ajuda centradas na família* (prioridades e preferências familiares) (Dunst 2005, cit in. Almeida 2011).

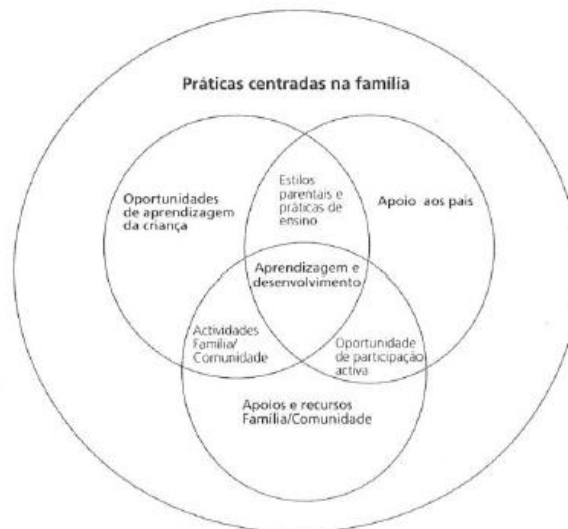


Figura 3 - Principais componentes do Modelo de Intervenção Precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência de Dunst. Retirado de: Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce* (Vol.16). Porto Editora, p.44.

Além das quatro componentes que o modelo apresenta, o autor sintetiza ainda três elementos resultantes da sua interseção: os contextos de atividade diária, os estilos de interação parental, e as oportunidades de participação dos pais, que possibilitam a operacionalização das práticas familiares.

Sob a influência dos modelos conceptuais da Intervenção Precoce surgem recentemente, um conjunto de orientações e documentos dirigidos aos profissionais, que recomendam determinados tipos de práticas, como veremos de seguida.

1.3. Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância

As práticas recomendadas são um conjunto de orientações que visam criar uma ponte entre a teoria e a prática e auxiliar o profissional a atuar de forma atualizada e baseada na evidência, com foco central, na família.

Em IPI as práticas recomendadas organizam-se em domínios lógicos que se referem a serviços diretos e indiretos relevantes para o domínio em causa. Nos serviços diretos incluem-se a avaliação, as práticas focadas na criança e as baseadas na família, os modelos interdisciplinares e as tecnologias de apoio, enquanto que os serviços indiretos incluem os procedimentos e os sistemas de intercâmbio bem como a formação dos profissionais (Sandall, McLean & Smith, 2005).

É sobre a formação dos profissionais e a qualidade técnica dos mesmos, bem como nas relações existentes entre estes, que recai um dos principais focos das práticas na IPI, pela eficácia que estes aspetos representam no sucesso da prestação de serviços (Carvalho et al., 2016).

De acordo com a *DEC – Recommended Practices* (2014), as práticas recomendadas em IPI organizam-se segundo oito áreas que devem ser encaradas de forma holística e global: liderança, avaliação, envolvimento, família, instrução, interação, trabalho de equipa/colaboração, e transição (*DEC – Recommended Practices*, 2014). Segue-se por tópicos a abordagem a cada uma destas oito áreas:

- Liderança – é, de acordo com a DEC (2014), um dos fatores mais importantes no processo de IPI. Os líderes, não atuam sozinhos, mas apresentam a capacidade de suportar e estabelecer as condições dos programas quer ao nível físico como legislativo, criando condições base promotoras do desenvolvimento e implementação das práticas em IPI (DEC, 2014).
- Avaliação – é o processo de obtenção de informação e tomada de decisões, ao permitir informar o processo geral de intervenção em si, determinando a elegibilidade para os serviços de IPI, conduzindo ao planeamento individual e monitorizando o processo da criança, bem como a medição das suas capacidades (DEC, 2014).
- Ambiente – refere-se ao espaço, materiais, equipamentos, rotinas e atividade praticadas pelas famílias e profissionais que podem alterar intencionalmente a

aprendizagem da criança e todo o seu desenvolvimento. Os espaços devem além de promover novas aprendizagens oferecer um ambiente de suporte e segurança (DEC, 2014).

- Família – as práticas centradas na família redistribuem-se de acordo com; a participação ativa nas tomadas de decisões relacionadas com os filhos, e.g. (avaliação, intervenção); no desenvolvimento de um plano de serviços; e no alcance de objetivos definidos (DEC, 2014).
- Instrução – este é um dos pontos fundamentais pela importância que as estratégias sistemáticas desempenham ao nível de “como, quando e onde” ensinar. A qualidade de ensino das práticas influencia e maximiza o processo de aprendizagem (DEC, 2014).
- Interação – interagir de forma sensível e responsiva é uma forma de promover o desenvolvimento da linguagem, o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. É fundamental observar, interpretar e responder em contingência com as necessidades da criança. O *feedback* é palavra de ordem neste tópico (DEC, 2014).
- Trabalho de equipa/Colaboração – Como todos os programas educacionais e de serviços, estão envolvidas várias pessoas essenciais à qualidade e sucesso do mesmo. A colaboração entre os parceiros, colaboradores e profissionais deve ser por isso multidisciplinar baseada no respeito mútuo, partilha de conhecimentos e sensibilidade cultural (DEC, 2014).
- Transição – contempla os eventos, atividades e processos associados às mudanças-chave entre os ambientes ou os programas durante os primeiros anos de vida e as práticas que suportem e se ajustem à criança e à família de forma contínua e transitória (DEC, 2014).

Em síntese, as práticas recomendadas em IPI revelam ser fundamentais quando falamos em oferecer segurança aos profissionais e garantir a eficácia e sucesso do trabalho que realizam. Ao serem fundamentadas na evidência pela sua qualidade e credibilidade, orientam a intervenção terapêutica na direção certa e todos aqueles que dela fazem parte. Desta forma, devem por isso ser centradas na família e baseadas na rotina e nos contextos naturais de aprendizagem, fruto de um trabalho em equipa indo desta forma de encontro aos serviços e recursos que satisfaçam a necessidade de todos (Carvalho et al., 2016). A aplicação das mesmas é um caminho longo, contínuo e complexo que

defronta objetivos, compromissos e esforços que envolvem todos os intervenientes (Carvalho et al., 2016).

Independentemente de tudo, importa que a criança e família seja colocada no ponto central com as necessidades satisfeitas e as respostas adequadas ao desenvolvimento pleno, eficaz e de sucesso (Carvalho et al., 2016).

Para que o desenvolvimento desta seja feito de forma plena e com sucesso, e para que a as práticas da IPI sejam postas em causa, é necessário e fundamental, tal como visto anteriormente, intervir no seio da família, dos seus interesses e necessidades e nos contextos naturais da criança, conceitos que abordaremos em seguida.

1.4. Intervir nos contextos naturais da criança

Tal como referido anteriormente, no capítulo inicial, a Intervenção Precoce na Infância caracteriza-se por um conjunto de serviços, proporcionados por um conjunto de profissionais que trabalham num leque variado de contextos, sistemas e cenários.

Compreender a IPI como um todo é entender as suas práticas e a natureza dos seus contextos. Assim, e de acordo com Thurman (1997), todo este processo é profundamente influenciado pelos sistemas e contextos onde o mesmo ocorre.

Pacheco (2013, p.18), define contextos naturais como “os espaços que a criança melhor conhece e nos quais se sente mais confortável, daí serem propícios ao seu desenvolvimento e à sua inclusão”.

A IPI, deve ser realizada no contexto natural da criança, onde se inclui a casa e a comunidade, na qual a criança com perturbação do desenvolvimento e/ou risco atua diariamente (Dunst, Bruder, Raab & McLean, 2001; Tegethof, 2007; Pereira e Serrano, 2010).

O termo "contextos naturais", no seio das práticas da IPI, vai além da localização em si, mas inclui a intervenção, nomeadamente, as atividades e eventos típicos escolhidos pelas crianças e famílias (Bricker, 2001; Hanft e Pilkington, 2000; Shelden & Rush, 2001; Tegethof, 2007).

Dunst e colaboradores (2001) defendem que o termo contextos naturais deveria escrever-se como “contextos naturais de aprendizagem”, dado que, como referido anteriormente, não se tem em conta apenas o local, mas sim a forma como as práticas devem decorrer no âmbito da funcionalidade da intervenção.

Os contextos naturais são para Almeida e colaboradores (2011), todas as situações e atividades que emergem no quotidiano da comunidade e que possibilitam à criança desenvolver capacidades significativas e de adaptação relacionadas com o seu contexto de vida dentro das suas rotinas diárias.

Campbell (2010) acrescenta ainda que uma intervenção em contexto natural foca-se na promoção da participação ativa das crianças nas atividades e rotinas que ocorrem numa variedade de contextos naturais, de forma repetida e diferente, diariamente.

Sylva (2005) salienta que cada criança vive e funciona em contextos que raramente são iguais, sendo que, a cultura, a etnia e a diversidade de atitude, bem como as crenças são características delineadoras do próprio contexto.

Segundo a *PACER Center* (2010; 2008) um contexto natural é qualquer contexto no qual criança e a família vivem, aprendem e brincam, incluindo os seguintes componentes: cenários, materiais, pessoas e atividades.

A conceção dos contextos naturais engloba além dos contextos em si, as pessoas com as quais a criança participa de forma ativa e frequentemente, as famílias e as vivências comunitárias. A riqueza destes contextos, e a oferta múltipla de oportunidades, permitem à criança viver e aprender, sendo por isso estes mesmos contextos protótipos adequados à intervenção (Almeida et al., 2011; Serrano e Boavida, 2011).

No fundo as atividades que ocorrem nos contextos naturais são operacionalizadas através das rotinas, tal como veremos de seguida.

Dunst e colaboradores (2001) salientam que as oportunidades de aprendizagem naturais ocorrem no contexto de vida real da criança, sobretudo nas atividades diárias e rotinas onde esta participa.

Para Walker et al. (2004) as rotinas são uma oportunidade fulcral no que toca a aprendizagem própria e individual da criança, sobre ela mesma, o meio que a rodeia e as pessoas com as quais interage. No fundo, são eventos típicos diários que oferecem previsibilidade no contexto onde a criança se encontra, com instrução prévia e tempo pré-definido (Wittig, 2005).

Pereira (2014, p.5) define a rotina como um “enquadramento de tarefas ou acontecimentos diários contextualizados nas aprendizagens. É uma sucessão diária de acontecimentos flexíveis, usando espaço e tempo, por forma a proporcionar a interação adulto-criança”.

Saraiva (2014) acrescenta que as rotinas são elementos que ocorrem frequentemente nos contextos naturais onde a criança participa, envolvem dois ou mais prestadores de cuidados e tanto ocorrem na família como em contextos formais.

O facto de rotina preceder uma estrutura, é sem dúvida uma vantagem, na medida em que oferece, à criança, segurança, confiança e maior eficiência na participação, uma vez que esta sabe o que se sucede (Simões, 2011).

A Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR), é uma ferramenta com ampla divulgação na atualidade que muito pode contribuir para o conhecimento aprofundado sobre os hábitos e rotinas da família, orientando os pais e cuidadores, a relatarem as tarefas e a forma como as crianças realizam essas atividades nas rotinas. A EBR permite orientar os pais, no processo de priorização de forma informal. Uma intervenção com base nas rotinas, centrada na família e na capacidade parental de incorporação das mesmas no contexto doméstico diário, permite à criança adquirir um conjunto de habilidades de sobrevivência, fulcrais ao seu desenvolvimento, (Peacock et al., 2013 cit. in Hwang, Chao & Liu, 2013).

As rotinas familiares, nas quais as crianças participam, decorrem na dinâmica própria de cada família e na base dos interesses e necessidades da mesma, que abordaremos seguidamente.

1.5. Família, interesses e necessidades

Na atualidade, as práticas recomendadas em IPI, tal como vimos anteriormente, apontam para uma intervenção focada nos contextos naturais de aprendizagem e rotinas de vida, quer da criança, quer da respetiva família (Augusto, 2013; McWilliam 2012; Pereira, 2009).

Compreender o conceito de família é um dos pontos primários e fulcrais da IPI na atualidade. São várias as perspetivas e diferentes interpretações, que se baseiam em diferentes modelos teóricos não sendo possível encontrar uma definição consensual de família (Hanson e Lynch, 2013). Importa olhar a família como um núcleo com papel crucial e determinante para o desenvolvimento harmonioso da criança (Relvas, 2000; Serrano, 2007).

De acordo com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2007), o conceito de família define-se como qualquer grupo de pessoas que coabitam na mesma casa, comem juntas e participam em grupo nas diferentes atividades domésticas diárias. A OMS

(1994, cit. in Barros, 2002) acrescenta ainda que o conceito de família não se restringe apenas a laços de sangue, casamento ou contexto sexual, mas sim às ligações suportadas na base da confiança e apoio mútuo com um objetivo comum.

Relvas (2006), suporta os factos anteriormente descritos, pela simples questão de a família ser suportada por um conjunto de interações dinâmicas, que se encontram em constante mutação, num funcionamento de base sistémico. Concomitantemente, ao que o autor defende, cruzam-se as ideias com a ideologia de Bronfenbrenner, ao descrever a família como um sistema, com comportamentos singulares, sob uma base hierárquica que funciona com o exterior (Bronfenbrenner, 1999).

No trabalho com crianças com problemas no desenvolvimento e/ou em risco, torna-se necessário entender este contexto, e compreender a utilidade do mesmo, pela identificação dos elementos que compõem a família da criança, bem como a compreensão das inter-relações estabelecidas entre estes e o ambiente que os rodeia.

O técnico que realiza a IPI tem como dever colaborar com a família procurando sempre o respeito pleno acerca das suas ideologias, dinâmicas e crenças. Avaliar a família, respeitando os seus direitos de forma flexível e funcional deve ser um dos pontos fulcrais, potenciando as suas necessidades e prestando atenção às suas prioridades, de forma a atingir os objetivos delineados (Boavida, 2009; McWilliam, 2012; Santos, 2007; Serrano, 2007).

É importante neste processo a criação de um diálogo mútuo baseado no respeito, empatia, confiança e segurança criando redes que possam através dos objetivos e estratégias levar à concretização das respostas necessárias e das prioridades a trabalhar com a família (Alves, 2009; McWilliam, 2012; Morgado e Beja, 2000; Serrano, 2007).

Tal como referido no capítulo anterior acerca, dos contextos naturais de vida da criança sejam eles o domicílio, a creche, o jardim-de-infância ou outro tipo, é fulcral a realização de uma avaliação da situação e do ambiente onde a criança se encontra, de forma a que o planeamento da intervenção e a execução da mesma sejam o mais eficazes possível.

Neisworth & Bagnato (1988) referem que para a avaliação da situação da criança, no ambiente onde esta se insere é necessário: 1) avaliar o funcionamento familiar, as relações entre pais e crianças, as necessidades da família, as preocupações e as questões diretamente relacionadas com a criança; 2) compreender e avaliar as características dos contextos habituais de vida da criança.

Falarmos das práticas de intervenção cujo foco central é a família, é incluir a identificação primária das necessidades e interesses da mesma, delinear objetivos, prioridades e selecionar os serviços (i.e. recursos formais e informais) (McWilliam, Crais & Winton, 2003). Intervir na IPI com foco central na família é olhar com base num paradigma, holístico, positivo, atento, tendo em conta as necessidades, os pontos fortes e os sacrifícios que se exigem para ultrapassar e atingir respostas concretas e efetivas (Morgado e Beja, 2000; McWilliam, Crais & Winton, 2003; Serrano, 2007).

Em síntese, o sucesso da intervenção reside na qualidade da relação família/profissionais. Assim, o respeito das capacidades, aptidões da família e dos seus elementos constituintes, é fundamental, para identificar as necessidades, recursos e apoios que a mesma necessita com vista a responder às suas prioridades (Carvalho, 2011; Varanda, 2011).

1.6. Intervenção Precoce em Portugal

O caminho percorrido a nível internacional e a importância dos EUA pelo seu papel significativo nesta evolução foram sem dúvida influências importantes que serviram de modelo a seguir para outros países como Portugal e Alemanha.

De acordo com Tegethof (2007), para perspetivar a evolução da IPI em Portugal, distinguimos dois períodos: um de meados dos anos 80 até finais dos anos 90, que culmina na publicação do Despacho conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro, ao regulamentar a prática da Intervenção Precoce, e um segundo período que se alonga até aos dias de hoje.

Bairrão & Almeida (2003) realçam que as primeiras formas de atendimento às crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, com necessidades educativas especiais, surgem na segunda metade da década de 60, pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde. O referido Instituto criou um serviço de apoio domiciliário, a nível nacional composto por enfermeiras da saúde pública, dirigido aos pais de crianças com deficiência visual, denominado de Serviço de Orientação Domiciliária (SOD).

Tardamente em 1972, este serviço é extinto, passando a funcionar a Orientação Domiciliária (OD), em Lisboa e no Porto, por educadores especializados pertencentes aos Centros de Educação Especial da Secretaria de Estado da Segurança Social. Em 1987 passam a ser integradas em Lisboa, na Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (D.S.O.I.P).

Na mesma altura, sob a responsabilidade do Ministério da Segurança Social, são criados os Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra, com técnicos especializados no atendimento de crianças com paralisia cerebral e outros problemas motores (Correia e Serrano, 2000).

Foi imperativo chegarmos à década de 70, nomeadamente em 1973 para se realizar a primeira tentativa por parte do Ministério da Educação, na resposta organizada às necessidades de crianças com deficiência, refletindo-se a origem e criação da Divisão de Educação Especial e das Equipas de Ensino especial (EEE), que atuavam sob um movimento de ensino integrando, onde a resposta às necessidades dos alunos nas escolas passa a ser feita em função das características individuais, psicológicas, morfológicas e sociais (Costa, 2003, cit. in Tegethof, 2007).

A década de 80 é, segundo Costa (2003, cit. in Tegethof, 2007), a Década das Pessoas com deficiência, devido ao impacto significativo que esta apresenta, saliente na proclamação do Ano internacional das pessoas com deficiência, em 1981, pelas Nações Unidas. O final da década de 80 e o início da década de 90 é marcado por outros marcos significativos como: a Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança (1989), a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e as Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para pessoas com deficiência (1993).

É ciente, na década de 80, o contributo significativo e pioneiro da Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (D.S.O.I.P), do Ministério da Segurança Social, pela implementação da Intervenção Precoce, refletida até aos dias de hoje (Almeida, 2000).

A D.S.O.I.P teve a sua origem no Centro de Observação Médico-Pedagógico (COMP), que mais tarde em 1972 passou a chamar-se de Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico (COOMP).

Bairrão (2001) considera que nos anos 80 a génese da intervenção, é explicada essencialmente pelo COOMP e pelo Projeto e Águeda que mais tarde, deu origem ao Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP).

A D.S.O.I.P realizou um trabalho significativo como experiência pioneira e conceptual da Intervenção Precoce em Portugal, sobretudo pelo enquadramento e integração de equipas de Orientação Domiciliaria em equipas interdisciplinares (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003; Ruivo e Almeida, 2002).

Além deste aspeto, “aprofundou, implementou e disseminou, um modelo de Intervenção Precoce, designado de *Portage*” (Almeida, 2000, p.66). O nível de formação dos

técnicos que integravam as equipas do Ensino especial do Ministério da Educação era o principal objetivo deste modelo (Almeida, 2000). O trabalho destas equipas focou-se desta forma, na tradução e utilização dos materiais para o trabalho com crianças com NEE e para as respetivas famílias (Correia e Serrano, 2000).

O impacto do Modelo *Portage* foi de tal ordem, que os resultados positivos expõem a importância do planeamento de um programa de ensino estruturado com estratégias necessárias e pensadas ao desenvolvimento da criança. A iniciação deste tipo de intervenção permitiu que os pais pudessem através de um trabalho em conjunto, num ambiente natural (contexto domiciliário), observar os comportamentos funcionais da criança e desenvolver estratégias de intervenção adequadas (Almeida, 2000).

O Modelo *Portage* seguiu e acompanhou a evolução conceptual e sistémica da Intervenção Precoce, através da transição de uma perspetiva inicial focada no modelo médico, para uma perspetiva sistémica focada na família. Além disso, foi também a origem da ligação entre a D.S.O.I.P e o Projeto Integrado da Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP), criando-se em 1992 a Associação Portage (Ruivo e Almeida, 2002).

No mesmo seguimento, o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP), teve como base o Projeto de Águeda. Por sua vez, este foi pensado e criado com o esforço conjunto de diferentes profissionais dos serviços de saúde, educativos e sociais, que com forte componente integrativa e coordenativa, prestaram o apoio necessário ao nível da organização, planeamento, supervisão e formação (Bairrão e Almeida, 2003; Almeida, 2002).

Além dos marcos históricos, importa referir no campo legislativo, aspetos importantes que ocorreram na década de 90.

Ao longo da década de 90 assistimos à multiplicação de projetos de IPI a nível nacional. Foram diversos os fatores que contribuíram para este facto. Em primeiro lugar: a experiência pioneira do DSOIP; o modelo do Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP); a consciencialização dos técnicos numa perspetiva sistémica; as alterações no Ministério de Educação e as diversas políticas de incentivos pelo Ministério da Solidariedade e Segurança social (Programa “Ser Criança”) (Tegethof, 2007).

A simbiose de todos estes fatores, aliada aos contactos e ligações internacionais, permitiu-nos chegar à metade da década de 90 com um leque variado e largo de serviços de intervenção precoce na infância (Tegethof, 2007).

É só em 1999 que surge o primeiro conjunto de orientações governamentais dirigidas para a Intervenção Precoce e citadas pelo Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro, criadas pelo Ministério da Educação, Saúde, Trabalho e Solidariedade.

Através deste Despacho, dá-se um salto progressivo necessário para a continuação efetiva dos serviços em IPI, e um marco significativo para a segunda fase de consolidação e a afirmação da IPI, que se estende até aos dias de hoje (Alves, 2009; Correia e Serrano, 2000; Ruivo e Almeida, 2002; Serrano, 2007).

Na continuidade dos princípios estabelecidos pelas Nações Unidas dos Direitos da Criança e pelo Plano de Ação para a Integração de Pessoas com Deficiência ou Incapacidade, é originado, ao obrigo do Decreto-lei nº 281 de 2009 o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, além de regulamentar o conceito de IPI concebe ainda o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), tal como referido anteriormente, que apresenta como principal objetivo:

(...) garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro, Artigo 1º).

Os destinatários da IPI são crianças entre os 0 e os 6 anos (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro, Artigo 2º), que se encontrem em *risco* de atraso grave de desenvolvimento ou manifestem NEE, ou seja, com:

(...) alteração nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro, Artigo 2º).

O presente Decreto-Lei salienta ainda, a importância da “universalidade” do acesso aos serviços de IPI, destacando também que quanto mais as ações forem realizadas precocemente maior poderá ser a capacidade de autonomia futura. Os serviços de IPI procuram abranger todas as regiões nacionais, ao agirem de forma próxima e em concomitância com a criança e a família (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro).

Deste modo, a abordagem da IPI é centrada em equipas multidisciplinares, focando o seu trabalho na disponibilidade de recursos especializados. Os apoios, serviços formais

e recursos informais, a cooperação e articulação, procuram oferecer uma resposta pertinente às necessidades individuais e específicas, da criança e da família (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro).

O SNIPI apresenta como missão garantir a IPI, entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado com foco na criança e na família, por meio de ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, saúde e ação social (DGS, 2016).

O SNIPI articula o seu funcionamento de forma coordenada com os Ministérios da Saúde, Solidariedade Social, Educação e Trabalho, organizando-se assim de forma sistémica a nível nacional. Operacionalmente o SNIPI assegura um sistema de interação entre as famílias e as instituições e defende a universalidade da intervenção, a deteção precoce e correção de assimetrias, acionando os mecanismos necessários de forma multidisciplinar (DGS, 2016).

Desta forma, a IPI deve iniciar-se entre o nascimento e a idade escolar, e quanto mais precocemente forem postas em prática o conjunto de políticas e intervenções eficazes e capazes de trazerem resultados vantajosos ao desenvolvimento da criança, maior é a probabilidade de poderem ser corrigidas limitações funcionais das mesmas, que tornem a criança capaz e autónoma na vida ativa (Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro, Preâmbulo).

Assim, e em concordância com a perspetiva ecológica atual, os recursos devem fazer parte dos contextos onde a família interage e se desenvolve, tal como os adequados serviços terapêuticos, sociais e educativos pensados para a criança e para a família.

O Decreto- Lei 281/2009, define a IPI como:

(...) um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social (Decreto-Lei nº 281/2009, Artigo 3º).

São várias as definições apontadas por diversos autores, em relação ao conceito de IPI. Dentro destas salienta-se por exemplo a de Serrano (2007), que entende a IPI como uma prática com serviços, apoios e recursos necessários e especializados para responder às necessidades da criança, através de um conjunto de atividades e oportunidades que

procuram incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento por meio de oportunidades, que tornem a criança um ser ativo no ambiente que a rodeia.

Mais recentemente surge em Portugal, em 2016, um livro denominado de *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância* de Carvalho et al. (2016), fruto da colaboração entre o SNIPI, as universidades, e as famílias das crianças com dificuldades ao nível do desenvolvimento, enfatizando definições mais recentes do conceito de IPI, onde se destaca a dos autores Dunst, Raab, Trivette & Swanson, (2010) citada por Carvalho et al. (2016):

“A intervenção precoce consiste nas experiências e oportunidades do dia-a-dia proporcionadas aos bebés e crianças até ao Pré-Escolar pelos seus pais e outros prestadores de cuidados, nos contexto das atividades de aprendizagem que ocorrem naturalmente na vida das crianças e que promovem as suas aquisições e a utilização de competências comportamentais, moldando e influenciando as interações pró-sociais com pessoas e materiais” (Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2010, p. 62, cit.in Carvalho et al. 2016).

A IPI e o seu conceito evoluiu assim em Portugal de um serviço emergente prestado à criança, para um conjunto de recursos e apoios centrados na família e oferecidos por equipas multi, inter ou transdisciplinares em estreita colaboração e parceria com as famílias. Esta crescente evolução que se verificou é concomitante com a mudança das perspetivas e filosofias dos países ocidentais (Carvalho et al., 2016).

1.7. Intervenção Precoce na Alemanha – progressos e desenvolvimentos

Paralelamente à abordagem da forma como a Intervenção Precoce se desenvolveu e se faz sentir em Portugal, bem como os seus progressos e desenvolvimentos ao longo do tempo, importa agora reconhecer a perspetiva da Alemanha.

O Governo Federal Alemão realizou dois acordos importantes na área da Intervenção Precoce, denominados de “*Kooperationsverträge*” em 2005 e 2009, visando o desenvolvimento de sistemas sociais de alerta precoce, com base em leis federais e estaduais específicas nos diferentes estados do país, devido às diferentes modalidades de financiamento (Sann & Schäfer, 2008; NZFH, 2017).

O termo “Intervenção Precoce” surgiu na década de 70 tendo como base as áreas de saúde e bem-estar infantil e juvenil, no contexto da prevenção e proteção infantil. Contudo, e apesar da reformulação ao longo dos anos, foi essencialmente em 2009, que a Intervenção Precoce ganhou força, e surge na reunião do conselho científico do *National Zentrum Frühe Hilfe* (NZFH), em Berlim, a seguinte definição:

“A intervenção precoce consiste no fornecimento de sistemas de apoio locais e regionais com serviços de apoio coordenado para pais e filhos, desde o início da gravidez até aos primeiros anos de vida da criança, com foco nas idades dos 0 aos 3 anos. Visa melhorar as oportunidades de desenvolvimento das crianças e dos pais na família e na sociedade de forma sustentável, bem como oferecer apoio prático diário, contribuindo para a promoção das habilidades de relacionamento e parentalidade, de forma significativa enfatizando o crescimento e desenvolvimento da criança assegurando os seus direitos de participação, promoção e proteção.” (NZFH, 2017).

O *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH), i.e. o Instituto Nacional de Intervenção Precoce, é desta forma, uma das instituições mais relevantes para o desenvolvimento e implementação dos programas de prevenção e intervenção. Foi fundado em 2007, fruto da cooperação entre o Centro Federal de Educação para a saúde - *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BzgA) e o Instituto Alemão Juvenil – *Deutsches Jugend Institut* (DJI). O NZFH tem como principal objetivo o desenvolvimento da área da proteção infantil e implementação de um sistema para detetar crianças em risco, tão precocemente quanto possível, para apoiar as famílias, fortalecendo o trabalho em rede entre as diferentes instituições médicas, educacionais e sociais, nas primeiras idades, além do apoio prestado ao nível da investigação.

Benz & Sidor (2013), salientam que nove projetos piloto levados a cabo demonstraram a eficiência que os serviços de proteção infantil apresentam na importante cooperação dos sistemas de rede da Intervenção Precoce. A qualidade da cooperação, bem como as oportunidades de criar uma cooperação sustentável demonstram resultados muito positivos.

Plewka & Scholz (2016) referem que o NFZH é considerado, além do mais uma plataforma de conhecimento que visa prevenir a negligência e violência. A responsabilidade do NZFH foi provada como fundamental e como um exemplo de colaboração interdisciplinar no sector da área da Intervenção Precoce e prevenção.

Na Alemanha, os serviços de prevenção e Intervenção Precoce operam na interseção de dois fatores básicos: cuidados de saúde e bem-estar (Plewka & Scholz, 2016).

O primeiro programa nacional de ação foi lançado em 2006 com a nomeação de “*Early Support for Parents and Children and Social-Early-Warning Systems*”. Foi mais tarde renovado e consolidado em 2012 quando a Iniciativa Nacional de Prevenção e Intervenção Precoce, denominada de *Bundesinitiative Frühe Hilfen (BFH)*, foi lançada pelo governo. Esta iniciativa foi baseada na definição de uma responsabilidade ativa sobre as crianças nos serviços de bem-estar na área da Intervenção Precoce e prevenção, cujo objetivo passava por promover uma implementação sustentável dos serviços de IP a nível local e municipal e assegurar a alta qualidade dos mesmos (Plewka & Scholz, 2016).

Os serviços de prevenção e Intervenção Precoce focam-se nos pais e no período antes e depois do nascimento da criança e nos anos em que decorre a sua infância. A ideia base é suportar a educação parental e as competências através de programas de prevenção com o intuito de reduzir os riscos para a criança e respetiva família, (Plewka & Scholz, 2016). A provisão dos serviços é heterogénea e apresenta um compromisso universal acordado com os programas, que abrangem a família, num todo, no que respeita à provisão do bem-estar (prevenção universal e primária), englobando sobretudo famílias que se encontrem em situação de pobreza ou exclusão social (prevenção seletiva e secundária) (Plewka & Scholz, 2016).

Plewka & Scholz (2016) salientam ainda que a maior parte dos apoios de prevenção e Intervenção Precoce, são da responsabilidade dos serviços municipais, onde se enquadram iniciativas como:

- Cartas de boas-vindas enviadas pelo município à família;
- Visitas ao domicílio;
- Parteiras assistentes “*Hebamme*” à família no momento do nascimento da criança;
- Cursos de educação parental;
- Grupos onde as crianças/bebés/pais interagem livremente, partilhando experiências com os restantes pais – “*Krabbelgruppe*”;
- Projetos de prevenção dirigidos aos alunos no contexto escolar;
- Profissionais que acompanham as famílias de forma voluntária;
- Serviços de aconselhamento aos pais;

- Suporte educacional fornecido por equipas multidisciplinares (*Erziehungshilfen*).

Em adição aos serviços acima descritos, o sector da “*Early childhood education and care*” (ECEC) tornou-se cada vez mais importante na área da prevenção, contudo a ideia da integração das crianças nos serviços ECEC apresenta uma longa tradição na Alemanha. O acesso para estas crianças passou a ser universal desde 2013, a partir do momento em que estas completam um ano de idade. Estes serviços têm sido promovidos intensivamente e a participação de crianças em idades compreendidas dos 0 aos 3 anos de idade, tem aumentado significativamente também (e.g. 2008 – 17,6%; 2015 – 32,9 %) (Plewka & Scholz, 2016).

Em resumo, os serviços ECEC podem ser entendidos como de carácter preventivo e de cariz universal acessíveis a todas as crianças oferecendo ainda o suporte para os pais em situações de risco.

O “*Elternchance ist Kinderchance*” foi um programa desenvolvido pelo governo federal que perdurou no período de 2011-2014, cujo objetivo consistia nos educadores sociais serem preparados para melhor informarem os pais com baixo nível de escolaridade sobre a necessidade do acesso a um bom desenvolvimento educacional, acompanhando os mesmos no processo de tomada de decisão (Plewka & Scholz, 2016). O referido programa permanece ativo após revisão agora com a denominação de “*Elternchance II – Familien früh für Bildung gewinnen*”.

Como exemplo de alguns projetos piloto, desenvolvidos na Alemanha na área da Intervenção Precoce, salienta-se de acordo com Benz & Sidor (2013):

- “*Good start to life*” – programa que visa promover uma parentalidade ativa alertando para o foco nas competências básicas em pais com inúmeros fatores de risco através da demonstração de vídeos promotores de competências de treino e interação focados no aconselhamento parental.
- *Wiege STEEP* – consta num programa oferecido para famílias em alto risco que visa o aconselhamento parental através da demonstração de vídeos alertando para a sensibilidade parental.
- “*Keiner fällt durchs Netz – Nobody slips through the net*” – oferece visitas a casa das famílias por enfermeiras e terapeutas no 1º ano de vida da criança.
- “*Understanding the baby*” – treino parental que pretende alertar e ensinar os pais a compreender os sinais do bebé.

De acordo com Benz & Sidor (2013) o uso destes programas focados em promover uma intervenção vinculativa entre os pais e as crianças através de vídeos nos primeiros três meses da vida da criança apresenta uma influência maternal positiva especialmente no fator da sensibilidade. No caso do projeto *STEEP*, efetuaram-se comparações com crianças com 1 ano de idade e um grupo de controlo, mostrando os resultados e o efeito positivo, deste projeto sobretudo no fator segurança entre a mãe e a criança.

No que respeita às visitas a casa, no programa “*Nobody slips trough the net*” provou-se um aumento no desenvolvimento social da criança após intervenção, quando comparado com o grupo de controlo. Além disso, as mães sujeitas a intervenção apresentam crianças com nível de temperamento mais fácil de lidar, e interações menos disfuncionais (Benz & Sidor, 2013).

A Alemanha é de acordo com a *Europe 2020 Strategy* um dos países com maior suporte aos pais, oferecendo benefícios e serviços específicos. Garante um benefício social básico além do plano de intervenção e ação dirigido à criança em específico, num valor superior a 100 euros mensais para fins como: material escolar, despesas de transporte, refeições e cuidado pós escolar, para qualquer criança até aos 18 anos de idade (Plewka & Scholz, 2016).

Além do valor monetário que é atribuído, importa referir os apoios extra fornecidos a todas as famílias como o “*Kindergeld*” atribuição monetária pelo número de crianças que a família contém, o “*Kinderzuschlag*” como um suplemento infantil, o “*Wohngeld*” como uma ajuda para as despesas da casa, e o “*Unterhaltsvorschuss*” no caso de pais solteiros (Plewka & Scholz, 2016).

Em síntese, a Alemanha apresenta hoje em dia um sistema em rede de Centros de Intervenção Precoce. São estes centros que oferecem apoio centrado na família para crianças com problemas no desenvolvimento ou que se encontrem em situação de risco. De acordo com a lei Alemã existem dois tipos de instituições: os centros (ECI) interdisciplinares (nível local e regional) e os centros sócio pediátricos (SPZ) (nível supra-regional), ambos com o trabalho de equipas multidisciplinares (Sohns, Hartung & Camargo, 2010).

No caso dos SPZ, as equipas multidisciplinares focam o seu trabalho no diagnóstico oferecendo simultaneamente apoios a longo prazo no centro onde o apoio é fornecido, i.e. os pais tem de se dirigir aos centros para obterem o referido apoio, implicando ainda que os profissionais tenham que avaliar os impactos a nível ambiental que esta

deslocação possa ter. Os serviços são financiados pelo sistema público de saúde (Sohns, Hartung & Camargo, 2010).

Numa outra perspetiva, os centros ECI prestam serviços quer no centro em específico quer ao domicílio, i.e. no contexto natural da criança, onde se pode englobar a casa ou mesmo o jardim-de-infância. Neste caso, o suporte financeiro resulta de acordos estabelecidos que advém da administração local que fornece o apoio pedagógico e das companhias e seguros de saúde que fornecem o apoio terapêutico (Sohns, Hartung & Camargo, 2010).

Ainda assim, de acordo com Sohn, Hartung & Camargo (2010), existem algumas dificuldades neste financiamento por parte das companhias de seguro que exigem múltiplos procedimentos que dificultam o processo de cooperação interdisciplinar. Contudo, apesar das dificuldades que muitas das vezes surgem, os acordos estabelecidos trouxeram inúmeras vantagens no que respeita ao estabelecimento de uma cooperação mais formal entre os centros, os terapeutas, e os médicos de família.

Nos últimos anos o foco da atenção tem-se debruçado desta forma, na cooperação profissional, i.e. no trabalho interdisciplinar e nas redes sociais que procuram a promoção da vitalidade e o bem-estar ao nível estrutural e de financiamento em diferentes níveis (Plewka & Scholz, 2016).

Petrander (2000) refere que na Alemanha todas as famílias com crianças que apresentem incapacidades e dificuldades no desenvolvimento dispõem de programas de intervenção precoce totalmente gratuitos.

Em síntese, importa refletir e efetuar um paralelismo entre Portugal e a Alemanha. Conforme pudemos observar as iniciativas na Alemanha ao nível da Intervenção Precoce iniciaram o seu percurso mais tardiamente, quando comparamos com Portugal. Ainda assim a cobertura financeira e as ajudas monetárias são mais significativas na Alemanha. Além disso, enquanto que em Portugal, as leis abrangem todo o território Nacional, na Alemanha, é importante salientar que o nível de desenvolvimento no que respeita aos aspetos organizativos, modalidades de financiamento ou à qualidade das suas práticas varia de acordo com os estados/regiões (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

Ainda assim, ambos os países vêm em comum a Intervenção Precoce com um conjunto de serviços apoios e recursos, oferecidos aos pais e à criança, com o mesmo objetivo final: o bem-estar, a qualidade do desenvolvimento, a prevenção e o papel ativo de inserção desta na sociedade.

2. Trissomia 21

2.1. Conceito de Trissomia 21

Neste capítulo pretende-se apresentar uma caracterização geral sobre as implicações desenvolvimentais da T21 e analisar de forma breve a importância da IPI na Trissomia 21.

A Trissomia 21 é uma perturbação cromossômica, cuja causa é a composição do material genético do cromossoma 21, o que explica a sua denominação (Capone, 2004). Por outras palavras, a Trissomia 21, denominada também por Síndrome de Down, é descrita como uma condição humana causada pela presença de 47 cromossomas, em vez dos 46 habituais, havendo três cromossomas 21 (Dominguez, 2008). Esta alteração genética surge como consequência de um erro durante a divisão dos cromossomas no núcleo celular (Dominguez, 2008).

Este “erro na distribuição dos cromossomas das células provoca um desequilíbrio da função reguladora que os genes exercem sobre a síntese de proteína, perda de harmonia no desenvolvimento e nas funções das células” (Silva & Kleinhans, 2006, p. 123).

Morato (1995, p.23), descreve a Trissomia 21 como uma:

“(…) alteração da organização genética e cromossômica do par 21, pela presença total ou parcial de um cromossoma (autossoma) extra nas células do organismo ou por alterações de um cromossoma do par 21, por permuta de partes com outro cromossoma de outro par de cromossomas.”

Os diferentes conceitos e definições que surgem apresentam semelhanças entre si, contudo segundo (Morato, 1995, p. 32), “a utilização da designação de Trissomia 21 é a mais correta não só cientificamente, mas humanamente, mais isenta de conotações míticas pré-determinadas e especulativas.”.

O material genético extra que aparece triplicado no cromossoma 21 é essencialmente a razão da falta de harmonia na arquitetura celular, alterações na estrutura e função do organismo e do cérebro, e como consequência dificuldades na conduta de aprendizagem (Dominguez, 2008).

As crianças com Trissomia 21 apresentam um conjunto de características desenvolvimentais e físicas semelhantes entre si, mas desiguais quando comparadas às outras crianças, distinguindo-se pelo seu atraso global no desenvolvimento especificamente nos domínios motor, cognição e linguagem (Capone, 2004).

John Langdon Down descreveu, em 1866, pela primeira vez esta condição num artigo publicado no *London Hospital Clinical Lectures and Reports*, ao descrever detalhadamente um conjunto de crianças com características semelhantes entre si, mas diferentes das outras com défice cognitivo (Capone, 2004; Fidler, 2008).

Esta anomalia pode ser originada por três fatores diferentes, dando lugar a três tipos de Trissomia 21: a trissomia livre ou homogénea (que é o caso mais frequente explicada pela existência extra de um cromossoma no par 21, em todas as células devido à não disjunção dos cromossomas no processo de meiose); o mosaicismo e a translocação (Morato, 1986).

No âmbito dos fatores etiológicos, são os hereditários os mais explorados. Destacam-se os seguintes exemplos: influência genética no caso de um dos progenitores ser portador de Trissomia 21 ou apresentar uma estrutura cromossómica em mosaico; a presença de antecedentes familiares, e a idade materna. Este último fator, apontado como mais frequente, explica a elevada probabilidade de nascer uma criança com Trissomia 21 quando a mãe apresenta idades superiores a 35 anos, ou ainda maior quando o valor da idade ronda os 40 anos (Fidler, 2008).

Zimpel (2016) reforça que a probabilidade de os erros que ocorrerem durante o processo de divisão celular é logicamente maior em idades maternas mais elevadas.

A nível neurológico, importa salientar o conceito de maturação cerebral intimamente associado à plasticidade cerebral aspeto que justifica a importância duma intervenção o mais precoce possível. As conexões estabelecidas entre os neurónios permitem desenvolver capacidades, reconhecer e interpretar informação (Flórez, 2007, cit. in Dominguez, 2007) e uma vez que a comunicação neuronal é significativamente afetada por estímulos externos, torna-se fundamental, desde o nascimento, proporcionar estímulos adequados que promovam respostas em diferentes áreas com o objetivo de acelerar o desenvolvimento, autonomia e crescimento cognitivo da criança (Dominguez, 2007).

1.2. Características físicas das crianças com Trissomia 21

Skallerup (2015) define a Trissomia 21 como uma especificidade genética que resulta na presença de um cromossoma suplementar numa ou em todas as células que compõem o organismo, resultando um total de 47 cromossomas.

Dado o facto de os cromossomas e o material genético serem a base constituinte do nosso organismo, a constituição diferente nestas crianças, explica a sua aparência e a presença de características físicas específicas (Skallerup, 2015).

As crianças com Trissomia 21 apresentam um desenvolvimento físico e mental em geral mais lento do que as crianças sem Trissomia 21 (Skallerup, 2015).

Selikowitz (1990) e López (1995) salientam como características físicas observáveis nas crianças com Trissomia 21: o tamanho da cabeça que aparenta ser mais pequena que o normal sendo a parte superior levemente achatada; o aspeto facial plano com o nariz achatado, os olhos rasgados e o formato da boca pequeno. Lambert (1982 cit in. Sampedro, Blasco & Hernández, 1997) enfatiza o tamanho pequeno das orelhas bem como dos lóbulos oculares, a língua que associada ao baixo tónus muscular sai ligeiramente da boca, o pescoço tipicamente curto e a dentição irregular e tardia. Selikowitz (1990) e López (1995) referem ainda a voz geralmente gutural, baixa e de difícil articulação.

A Trissomia 21 livre ou homogénea, como vimos anteriormente, é o tipo mais frequente. Predomina entre 93% e 95%, sendo evidente um conjunto de sinais imutáveis, citados por Fried em Morato (1986) que divergem consoante a acentuação, mas são agrupados segundo uma escala: a abundância de pele no pescoço, os cantos da boca virados para baixo, a hipotonia generalizada, a face achatada, orelhas displásticas, epicanto da prega dos olhos, intervalo entre o primeiro e o segundo dedo e proeminência da língua.

Skallerup (2015), reforça a base do nariz e a nuca achatada, o formato oblíquo do olhos e a tendência de os dedos serem mais curtos que o normal (Skallerup, 2015).

Selikowitz (1990) refere ainda que a estatura e o crescimento destas crianças evoluem a um ritmo inferior em comparação às restantes crianças. As crianças com Trissomia 21 apresentam, regra geral, uma estatura mais baixa porque produzem um número mais reduzido de hormonas de crescimento (Leshin, 2002).

Algumas das características acima descritas revelam-se importantes no campo da IPI, dado que parte delas podem ser corrigidas, no caso de as crianças serem acompanhadas o mais cedo possível e submetidas a intervenções específicas.

1.3. Características clínicas das crianças com Trissomia 21

De acordo com Gundersen (2007), os bebês com Trissomia 21 apresentam ao nascimento problemas cardiovasculares, como as cardiopatias congênitas, i.e. numa perspectiva funcional existe um orifício entre as cavidades auriculares e ventriculares que faz com que o sangue seja bombardeado maioritariamente para os pulmões e não para o resto do corpo. Por outras palavras, o corpo não recebe sangue oxigenado em quantidades suficientes podendo originar problemas cardíacos graves. As crianças com cardiopatias são, na sua maioria, sujeitas a cirurgias imediatas à nascença, procurando impedir o aparecimento de outros sintomas como: dificuldades alimentares, alteração da cor de pele durante a refeição, infeções nas vias respiratórias ou aumento da frequência cardíaca. Além da cirurgia as cardiopatias podem ser reguladas através da utilização de fármacos (Gundersen, 2007).

Os problemas gastrointestinais também afetam os bebês portadores de Trissomia 21, (e.g. interrupção do intestino delgado, obstrução da saída do estômago, aberturas anormais entre a traqueia e o esófago, entre outros). Normalmente estes problemas surgem após o nascimento, contudo após intervenção cirúrgica o bebé recupera a capacidade alimentar (Gundersen, 2007).

Os problemas respiratórios são os mais frequentes nas crianças com Trissomia 21, como e.g. a apneia do sono ou a interrupção temporária da respiração. O fato destas crianças apresentarem um tônus muscular fraco explica a existência do refluxo gastroesofágico, afetando funcionalmente a criança e originando infeções respiratórias graves (Gundersen, 2007).

A visão pode também encontrar-se comprometida nas crianças com Trissomia 21, dado o glóbulo ocular não se encontrar completamente desenvolvido à nascença. Problemas como o Estrabismo, Miopia, Hipermetropia, Estigmatismo, Cataratas e a obstrução do canal lacrimonasal, são típicos, contudo passíveis de serem corrigidos através de cirurgia ou uso de óculos adaptados às suas necessidades (Gundersen, 2007).

De acordo com o mesmo autor, a audição está frequentemente afetada nas crianças com Trissomia 21. Os bebês aprendem, desde muito cedo, a reconhecer as vozes do pai e da mãe e a responder-lhes, distinguindo-as das vozes das outras pessoas com quem interagem. Assim o desenvolvimento da fala e da linguagem depende diretamente da audição, e por isso mesmo se a perda de audição ou surdez não for identificada e tratada precocemente, pode surgir um atraso no desenvolvimento da linguagem, levando a

problemas sociais e emocionais, influenciando negativamente o desempenho da criança (Gundersen, 2007). O mesmo autor salienta ainda que os problemas dentários e o peso afetam a criança com Trissomia 21, resultado de um tónus muscular baixo e de todos os outros fatores acima mencionados (Gundersen, 2007).

A correta vigilância dos problemas de saúde acima descritos, bem como a realização obrigatória de rastreios periódicos, possibilita o rápido despiste e evita um impacto negativo sobre o desenvolvimento destas crianças. Analisaremos de seguida, as implicações da Trissomia 21 no desenvolvimento da criança.

1.4. Implicações da T21 no desenvolvimento da criança

Analisar algumas das particularidades do desenvolvimento das crianças com T21 em diversos domínios, nomeadamente na comparação com crianças com desenvolvimento típico, torna-se fundamental para compreender o ritmo de desenvolvimento, das mesmas. Importa não esquecer, que este é influenciado por um conjunto de fatores como o potencial genético, a qualidade dos recursos, o temperamento da criança, a precocidade dos apoios e a qualidade da intervenção.

Apresenta-se de seguida uma tabela que resume as diferenças nas aquisições relativas aos diversos domínios do desenvolvimento das crianças com T21 quando comparadas com crianças em desenvolvimento típico, que ilustram nitidamente a diferença entre ambos os grupos no que toca aos diversos marcos desenvolvimentais.

Tabela 1 - Quadro ilustrativo de algumas aquisições básicas em quatro áreas do desenvolvimento e a idade média em que as crianças com T21 as adquirem quando comparadas com crianças em desenvolvimento normal. Retirado de: Associação Olhar 21, (2012). *Intervenção Educativa na Trissomia 21* – Guia de boas práticas. Coimbra, p.13.

<u>Área do Desenvolvimento</u>	<u>Aquisições</u>	<u>Idade média (meses)</u>	
		<u>Outras crianças</u>	<u>Crianças com T21</u>
Motricidade global	Controla a cabeça	1-4	3-9
	Senta-se sozinho	5-9	6-16
	Levanta-se sozinho	9-16	12-38
	Anda sozinho	9-17	13-48
Motricidade fina e	Segue objetos com os olhos	1-3	1,5-8

coordenação óculo-manual	Apanha objetos	2-6	4-11
	Passa os objetos de uma mão para a outra	4-8	6-12
	Constrói uma torre com dois cubos	10-19	14-32
	Copia um círculo	24-40	36-60
Linguagem e comunicação	Balbucia	5-14	7-18
	Responde a palavras familiares	5-14	10-18
	Verbaliza as primeiras palavras com significado	10-23	13-36
	Mostra o interesse através do gesto	11-19	14-30
	Faz frases de duas palavras	15-32	18-60
Competências pessoais e sociais	Sorri quando lhe falam	1-2	1,5-4
	Come uma bolacha	4-10	6-14
	Bebe por um copo	9-17	12-23
	Controla os esfíncteres de dia	14-36	18-50

Quando falamos acerca do **desenvolvimento motor** das crianças com T21, podemos afirmar que este ocorre a um ritmo inferior em relação às outras crianças (Hines & Bennett, 1996), sendo o mesmo marcado por características específicas como a hipotonia muscular, considerada como o maior responsável pelo atraso no desenvolvimento motor (Leshin, 2002; Santos, 2007). A hipotonia muscular destas crianças, explica os inúmeros atrasos nas áreas perceptivo-motoras, como e.g. o frágil equilíbrio para exercitar uma sequência de movimentos rápidos. No domínio da **praxia global**, as aquisições estão mais atrasadas, explicando-se por isso os frequentes problemas de equilíbrio e as dificuldades no controlo corporal. Na **praxia fina** surgem as dificuldades na execução das tarefas manuais (Santos, 2007).

Os bebés com T21 apresentam: hipotonia; problemas ortopédicos; hiperlaxidão ligamentar, instabilidade cervical (vértebras C1- C2); défice ao nível dos *inputs* propriocetivos e *inputs* vestibulares; alterações no controlo da postura e equilíbrio; dificuldades na motricidade global e fina/destreza; dificuldades na integração e coordenação bilateral motora; alterações na lateralidade e dominância manual; dificuldades na integração visuo-motora e problemas de coordenação óculo-manual (Skallerup, 2015; Regateiro, 2007, Zimpel, 2016).

Na área do **desenvolvimento cognitivo** grande parte das crianças com T21 apresenta um défice cognitivo ligeiro a moderado, revelando um desenvolvimento cognitivo não-verbal muito superior ao verbal, apresentando dificuldades ao nível da abstração,

transferência e generalização, explicando assim a maior facilidade de aprendizagem da parte das mesmas, com conceitos concretos do que abstratos (Skallerup, 2015).

Ao nível da percepção, as crianças com Trissomia 21 apresentam dificuldades ao nível das capacidades de discriminação visual e auditiva, ao nível do reconhecimento tátil em geral e de objetos a três dimensões; da cópia e reprodução de figuras geométricas e da rapidez percetiva (tempo de reação) (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997). Na componente da memória, estas crianças necessitam de maior tempo para focar naquilo que se pretende, e têm maior dificuldade na transferência da atenção de um estímulo para outro, o que leva à necessidade de um fator motivação de maior grau para que o seu interesse nas atividades seja mantido. Tem ainda dificuldades em inibir ou reter respostas (López, 1995; Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

Possuem uma fraca memória verbal e visual a curto prazo. As lacunas a nível da memória limitam as capacidades linguísticas. É fundamental a presença da imagem para o processo de verbalização da palavra e da escrita, no que respeita a aquisição de conceitos (Miranda, 2017).

Quanto ao **desenvolvimento social**, Sampedro, Blasco & Hernández (1997) relembram que, para maioria destas crianças, a socialização ocorre dentro de padrões normais progredindo a longo prazo. Contudo, o fato destas apresentarem alguma imaturidade afetiva explica a frequência de problemas no comportamento, necessitando de mais tempo de aprendizagem das regras sociais. A chamada de atenção e os comportamentos de recusa são frequentes.

A **linguagem** é de acordo com Leshin (2002) a área que apresenta mais atrasos, significativos essencialmente no domínio expressivo.

Sampedro, Blasco & Hernández (1997) salientam que as crianças com T21 apresentam um desajuste entre os níveis compreensivo e expressivo da linguagem. Referem que a linguagem expressiva é menos clara, desde os primeiros anos, existindo uma tendência em substituir os fonemas mais difíceis por outros mais fáceis.

Kumin (1998) enfatiza ainda a presença de dificuldades na utilização da linguagem para funções sociais, mas reforça as habilidades dos aspetos não-verbais da pragmática, através do uso de gestos e expressões faciais com vista a que quem as rodeia compreenda melhor as mensagens que estas pretendem transmitir.

Também, Buckley (1993) reporta os atrasos ao nível do desenvolvimento da fala e da linguagem, nas crianças com Trissomia 21 e nos recorrentes atrasos no que toca ao surgimento das primeiras palavras. A dificuldade na fala e na linguagem cria inúmeras

difficultades ao nível da aprendizagem, dado que a capacidade de comunicar é essencial no que respeita ao desenvolvimento e vida da criança (Buckley, 1993).

Tal como apresentado anteriormente, no quadro das aquisições desenvolvimentais comparativas destas crianças, a Associação Olhar 21 (2012) descreve que a criança com T21, apresenta discrepâncias em relação à criança com desenvolvimento normal em aspetos como a idade do surgimento do sorriso social, o contacto social, e na resposta iniciativa para a comunicação (interação social). Além disso, o surgimento da primeira palavra, aos 4 anos de idade i.e. tardiamente, faz com que a criança apresente um léxico de aproximadamente 20 palavras que lhe permitem apenas formar frases com vocábulos reduzidos.

Chapman (2006) realça com base noutros estudos que as crianças com Trissomia 21 apresentam um fenótipo comportamental específico marcado por défices ao nível da linguagem expressiva, sobretudo ao nível da sintaxe e memória fonológica.

Em síntese e de acordo com Fidler (2008), todas as dificuldades desenvolvimentais acima descritas variam de criança para criança embora estas apresentem a mesma condição base. Desta forma, torna-se importante individualizar e focar a intervenção na criança, e ter em conta tudo o que a influencia e rodeia.

O sucesso de desenvolvimento destas crianças depende da eficácia dos programas de intervenção e da adequação do ambiente educacional, onde esta atua (Silva & Kleinhans, 2016).

1.5. Diagnóstico e Intervenção

Os serviços de apoio revelam-se fundamentais no caso da Trissomia 21, sendo para tal determinante a realização, o mais precocemente possível, de um diagnóstico (Siegel, 1996).

Sabemos que a Trissomia 21 é uma condição com características físicas passíveis de serem detetadas antes do nascimento da criança através da recolha de líquido amniótico entre a 14^a e a 19^a semanas (Roizen & Patterson, 2003).

Cleve & Cohen (2006) referem que quando o diagnóstico de Trissomia 21 é entregue aos pais surgem uma série de questões acerca do futuro do próprio filho. Desta forma é fundamental que os serviços possuam os recursos necessários para atuar a partir do momento em que o diagnóstico é reconhecido, encaminhando os pais para um serviço de

Intervenção Precoce que os auxilie na percepção holística da criança e da família por forma a que esta possa evoluir e crescer de forma positiva.

Em síntese, é possível compreender que nada é mais importante que um diagnóstico precoce com uma intervenção adequada, como um passo crucial para minorar os efeitos da Trissomia 21 nas crianças que nascem com esta condição (Capone, 2004).

1.6. Benefícios da Intervenção Precoce na T21

Diferentes estudos realizados, bem como a experiência que advém das práticas comprovam que a IPI minimiza os efeitos adversos dos fatores de risco associados aos atrasos de desenvolvimento ou deficiências, facilitando e promovendo o desenvolvimento global da criança (Dunst, 2004; Guralnick, 2004; Snyder, 2006).

A importância de intervir precocemente é explicada pelos fundamentos neurobiológicos do desenvolvimento, entre os quais é de referir a neuroplasticidade, os genes, o ambiente e os períodos críticos (Carvalho et al., 2016).

A neuroplasticidade, traduzida como a capacidade do sistema nervoso alterar de acordo com as experiências que recebe, é um dos pontos fundamentais que explica esta questão. Sendo a neuroplasticidade variável ao longo do desenvolvimento e das fases de vida, o ambiente onde a criança se encontra e realiza as suas experiências, determina em grande parte o desenvolvimento da mesma (Carvalho et al., 2016).

Os primeiros três anos de vida da criança, considerados como um período crítico para a maior parte das competências precoces, representam uma etapa maturacional sensível, sendo por isso uma janela que oferece a oportunidade à criança de aprender e modelar a arquitetura cerebral. É sobretudo aqui, que áreas como a audição, linguagem e visão se desenvolvem com respostas a estímulos provenientes das experiências, numa das fases mais importantes ao desenvolvimento da criança (Carvalho, et al., 2016).

Capone (2004) refere que anteriormente, os programas de IPI específicos para T21 eram demasiado genéricos, não abordando a especificidade desta condição, contudo, o desenvolvimento das neurociências possibilitou uma maior especificação promovendo técnicas diversificadas.

Bailey et al. (2004) defende que nos dias de hoje é reconhecida a evidência dos efeitos benéficos a curto-prazo da Intervenção Precoce na infância nas crianças com T21, devido aos ganhos positivos no desenvolvimento, pela independência em áreas como as atividades diárias, a melhoria no domínio comportamental e a promoção de uma

comunicação mais eficaz. Além disso, surgem efeitos positivos na aceitação da situação pela família, na maior capacidade de lidar com a criança, e na aquisição de maiores competências de cuidados parentais (Bailey et al. 2004).

Correia & Gonçalves (1993) destacam como um aspeto fundamental a ter em conta, o fator envolvimento parental como crucial no sucesso da IPI em crianças com Trissomia 21. Os mesmos autores alertam que a participação plena dos pais neste processo implica ganhos na criança muito superiores. Neste sentido, é dever dos pais assumir um papel decisivo na educação dos filhos, priorizando a intervenção desde cedo em casa, para que haja uma maior eficácia, no programa de intervenção quando a sua realização e posterior aplicação (Correia & Gonçalves, 1993).

Capone (2004) salienta o aparecimento sucessivo e cada vez mais amplo de programas focados em domínios específicos da criança com T21, como a leitura, escrita, praxia fina ou praxia global. Kumin (2002) especifica que os programas focados na área da linguagem devem procurar ajudar a criança a desenvolver capacidades sensoriais de receção de estímulos, de associação, expressão verbal, cognitivas e de aprendizagem experiencial que servem de base à linguagem. No seguimento, Rondal (2007), enfatiza que a intervenção na área da linguagem revela-se fulcral quando ajustada à idade da criança, servindo de suporte à continuidade de experiências na capacidade linguística, fundamentais ao desenvolvimento social da mesma.

Capone (2004) enfatiza que a IPI na área da linguagem para as crianças com T21 deve sempre adotar estratégias que promovam a comunicação, estratégias essas, baseadas na visão, em gestos e em imagens e não apenas na oralidade. O mesmo autor enfatiza que as crianças com T21 desenvolvem a sua linguagem com mais facilidade quando baseada em símbolos e estimulada pela componente visual, por gestos e imagens (Capone, 2004).

Buckley (1993) realça que a importância da linguagem é enfatizada maioritariamente por Vygotsky e pela sua metodologia ao nível dos conceitos e ideias na oferta de ferramentas adequadas à criança. Os atrasos cognitivos demonstrados pelas crianças com Trissomia 21, são maioritariamente explicados por um défice na função base da linguagem, afetando consequentemente o desenvolvimento da criança. A partir do momento em que os défices na linguagem são estimulados por meio de intervenção adequada, oferecemos à criança a possibilidade de aprender e improvisar as suas capacidades cognitivas (Buckley, 1993).

O mesmo autor foca a importância da comunicação não-verbal, antes da fala e da linguagem e da estimulação da mesma, especialmente nas crianças com T21, através do contacto ocular essencialmente no primeiro ano de vida da criança. As crianças com T21 beneficiam da intervenção baseada na linguagem, desde muito cedo, uma vez que encoraja e ajuda as mesmas a compreender o mundo que as rodeia (Buckley, 1993).

No domínio do desenvolvimento motor, destaca-se a aquisição e sistematização das rotinas motoras no conhecimento da criança, através da ação sobre objetos, repetição de experiências, a criação de códigos e operações de codificação e decodificação da realidade que permitam o uso futuro e automático de tudo o que a criança aprendeu (Guazzo, 2007). O Jogo simbólico e o “brincar” em si, proporcionam a interiorização de experiências diversas, sendo que a aprendizagem é facilitada quando as crianças aprendem em ambientes naturais e ecológicos o mais próximos da realidade do seu dia-a-dia (Guazzo, 2007; Fidler, 2005).

A aquisição de competências pela criança, de forma apropriada, nos diversos domínios, permite uma adaptação eficaz ao meio que a rodeia e um desenvolvimento como um todo, ao nível relacional e na sua integração social (Fidler, 2005). Importa não esquecer, o papel do envolvimento parental, para uma intervenção eficaz e com resultados positivos (Fidler, 2005).

A Intervenção Precoce nas crianças com T21 tem como objetivo, junto da criança e da respetiva família, promover a saúde e bem-estar, desenvolver competências emergentes, minimizar atrasos de desenvolvimento, remediar incapacidades existentes, prevenir a deterioração funcional, promover a função parental adaptativa e o funcionamento da família como um todo (Majnemer, 1998).

Do mesmo modo, a intervenção nas crianças em risco de desenvolvimento ou mais vulneráveis é um direito atual, que abrange as idades precoces, com vista a prevenir e atenuar futuros problemas ao nível do desenvolvimento. Os diferentes estudos ao nível das neurociências têm passo a passo revelado o papel fulcral que as experiências precoces apresentam no desenvolvimento holístico da criança (Carvalho et al., 2016).

Essencialmente por esta razão, a IPI torna-se fundamental e crucial ao desenvolvimento destas crianças, dado o seu principal objetivo passar por favorecer o desenvolvimento das mesmas, respetiva família e comunidade, elevando os pontos fortes, no contexto da vida diária (Skallerup, 2015).

3. Enquadramento institucional formal

3.1. Localização e organização

O Institut Christel Manske localiza-se na Alemanha, na cidade de Hamburgo. É um instituto **privado**, composto por uma diretora-técnica, duas técnicas terapeutas (uma delas estagiária) e um médico psicoterapeuta/psiquiatra.

3.2. Missão e Objetivos

O Instituto Christel Manske valoriza a inclusão integrada de crianças com Trissomia 21 providenciando-lhes a melhor qualidade básica no desenvolvimento terapêutico, ao nível cognitivo, motor e da linguagem. Pretende alertar para a valorização e para a mudança do paradigma em relação à forma de como as crianças com T21 continuam a ser vistas na sociedade.

Apresenta como valores principais: o espírito de equipa, a excelência, a esperança, o respeito e a confiança. Visa inspirar os técnicos a agirem de forma unida como uma equipa procurando retirar da criança o melhor que ela nos pode dar, evidenciando as suas capacidades e potenciando as áreas onde esta apresente maior dificuldade procurando marcar a diferença. O espírito de equipa é claramente um ponto fulcral, sobretudo pelo trabalho multidisciplinar realizado e pelo apoio constante e individual prestado aos pais. O respeito, a esperança e a confiança deposita-se na criança, porque o Instituto acredita que orientá-la parte muito da motivação intrínseca da mesma e do trabalho da equipa em si aliado à família. Procura-se ouvir os interesses e gostos da criança, e as necessidades e prioridades da família, procurando uma aprendizagem adequada e ajustada, com vista a alcançar os objetivos delineados.

O Instituto baseia a sua metodologia em *Vygotsky* e o seu trabalho no modelo de *Galperin* que defende a intervenção segundo 5 palavras-chave: motivação, orientação, interpretação e linguagem social alta, materialização e linguagem interior, pensamento (Manske, 2008).

O Instituto apresenta como objetivos específicos:

- a) Reconhecer a criança como um ser biopsicossocial dotado de capacidades que se transformam no ponto de partida da intervenção;

- b) Prestar atenção aos desejos e necessidades não só da criança, mas de todos aqueles que nos procuram, sobretudo os pais cuja orientação, apoio e suporte é fundamental;
- c) Olhar o desenvolvimento humano como algo não linear, mas sim como uma metamorfose psicológica;
- d) Reestruturar os mecanismos de proteção da criança, procurando que esta aprenda competências básicas sobretudo ao nível da linguagem através do “*Sinngebenden der Laute*”, cognição e desenvolvimento motor;
- e) Integrar a criança na sociedade e sobretudo no contexto escolar, procurando que esta se torne progressivamente autónoma ao longo do tempo.

3.3. Espaço físico

O Instituto Christel Manske é composto por uma receção, uma sala de terapia central, uma sala terapêutica, um escritório, sala de reuniões, casa de banho, e casa de banho infantil.

A receção apresenta uma sala exterior, onde os pais podem permanecer, sempre que não forem solicitados para o acompanhamento na sessão.

A sala de terapia central é o local onde normalmente se inicia a intervenção, dado ser a sala dotada de materiais passíveis de ser utilizados, adequados às primeiras idades de desenvolvimento.

A outra sala terapêutica, tal como a sala central encontra-se dotada de todos os recursos e materiais organizados por cor, secção e idade. O escritório é amplo, sendo este o espaço onde toda a documentação das crianças se encontra. A sala de reuniões apresenta uma mesa central onde os técnicos se encontram periodicamente. Todas as divisórias são bem iluminadas com janelas a todo o correr e luz natural.

3.4. População atendida

A população atendida no Instituto Christel Manske são crianças entre os 0-6 anos com Trissomia 21. Por apresentarem dificuldades ao nível do desenvolvimento motor cognitivo e linguagem são encaminhadas para sessões terapêuticas de Intervenção Precoce, por intermédio do médico Psicoterapeuta/Psiquiatra.

3.5. Extensão à comunidade

O Instituto Christel Manske apresenta diversas iniciativas ligadas à comunidade, tais como:

- Fins-de-semana de formação profissional privada, aos pais acerca da metodologia utilizada com a criança no trabalho realizado no Instituto. Estes seminários de formação profissional oferecem aos pais uma oportunidade extra de poder estar mais perto dos técnicos do Instituto, e a partilha de experiências com os restantes pais. Apresentam como objetivo central demonstrar aos pais a importância da continuidade do trabalho realizado em terapia para o contexto domiciliário;
- Palestras na Universidade de Hamburgo para estudantes da área da Psicomotricidade, Educação e Psicologia de forma a poderem adquirir conhecimentos das práticas vividas enquanto técnicos nesta área em regime de trabalho;
- Participação mensal na revista *KIDS- Aktuell* com diversos artigos científicos acerca da T21 e temas a esta associados;
- Protocolo com a Universidade de São Petersburgo e de Moscovo na Rússia, onde todos os anos são elaborados seminários inclusivos, em Outubro;
- Proporcionar à comunidade (pais, familiares, educadores de creches/jardim-de-infância) que mostram interesse no conhecimento da metodologia utilizada no Instituto, a oportunidade de assistirem a sessões onde o método *Lesebibel* é trabalhado através de visitas, abertas ao Instituto.

4. Contexto Funcional

4.1. Organização e Funcionamento da Psicomotricidade e da Intervenção Precoce no Instituto

O Instituto Christel Manske oferece neste momento intervenção precoce a 17 crianças com T21 com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos.

A maior parte das crianças que chegam ao Instituto para realizar intervenção apresentam dificuldades sobretudo ao nível da fala e linguagem, desenvolvimento cognitivo e motor. É sobretudo neste primeiro domínio, a fala/linguagem que o maior trabalho se

desenvolve em torno de um método específico criado pelo Instituto, denominado de *Lesefibel*, que abordaremos mais à frente.

Sendo um Instituto de cariz **privado**, está aliado através de um Protocolo a um médico psiquiatra/psicoterapeuta que avalia a criança no momento inicial através de uma consulta clínica, efetuando o seu diagnóstico e reencaminhando a mesma para o Instituto, para fins terapêuticos e de intervenção.

As crianças são então inicialmente analisadas, como referimos, por um médico psiquiatra/psicoterapeuta, que após a realização do diagnóstico encaminha as mesmas, segundo um protocolo pré-estipulado, para que a terapia possa ser corretamente desenvolvida e adaptada individualmente a cada criança. Após encaminhadas para o Instituto, é feita uma reunião em conjunto com os técnicos, a diretora-técnica e os pais, onde se procuram obter informações acerca da criança em causa e do contexto em que esta vive. De seguida, estipulam-se objetivos e adaptam-se as atividades consoante a individualidade de cada criança.

O Instituto Christel Manske funciona segundo uma linha psicoterapêutica e pedagógica, e baseia a sua metodologia na *Teoria da Aprendizagem de Vygotsky*.

Tal como vimos anteriormente, quando falámos nas práticas desenvolvimentais adequadas estabelece-se de alguma forma uma ponte de ligação com a teoria sociocultural de Vygotsky (1978), ao defender a aprendizagem por meio da exploração ativa do meio ambiente pela criança, bem como a interação com os brinquedos e materiais. O reconhecimento do facto de as crianças, com ou sem necessidades educativas especiais, necessitarem de uma aprendizagem ativa baseada na exploração, é uma componente essencial ao desenvolvimento correto de uma intervenção adequada e ao desenvolvimento de atividades dirigidas pela criança e apoiadas/partilhadas pelo adulto (Tegethof, 2007). Da mesma ideologia, parte o trabalho base que é desenvolvido neste Instituto. Nem toda a interação social promove o desenvolvimento, deste modo só quando as aprendizagens recaem sob a zona de desenvolvimento proximal da criança, isso acontece (Tegethof, 1996; Vygotsky, 1978). Por sua vez esta aprendizagem social é mediada pela interação entre a linguagem e a ação. Para que a aprendizagem se desenrole é necessário que a interação social ocorra na zona de desenvolvimento proximal (i.e. distância entre aquilo que a criança sabe - conhecimento real - e aquilo que a criança apresenta possibilidade para aprender - o conhecimento potencial) (Vygotsky, 1978). Assim acredita-se que a criança aprende no intervalo desta zona, onde o conhecimento real é passível de ser aplicado sozinho e o potencial necessita da

ajuda do outro para o aplicar (Vygotsky, 1978). Por outras palavras, Tegethof (2007) refere que as interações vão aumentando progressivamente o nível de complexidade para chegar a um estado onde as ajudas são retiradas, e a criança atinge um nível de realização, compreensão, auto-competência, auto-valorização e auto-estima fundamentais ao seu desenvolvimento. A diversidade de atividades, a manipulação dos objetos e materiais, bem como a observação e imitação de comportamentos adultos, encoraja a criança a avançar para uma zona de desenvolvimento proximal, por meio da riqueza e diversidade da estimulação que lhe é dada (Tegethof, 2007).

Desta forma, acredita-se que o desenvolvimento cognitivo da criança se faz a partir da sua interação com os indivíduos do meio, possibilitando novas experiências e conhecimentos (Vygotsky, 1980). A aprendizagem é uma experiência social, mediada pela utilização de instrumentos e símbolos, esses mesmos que apresentam um significado conceptual expresso na linguagem falada e escrita (Vygotsky, 1978).

Centra-se aqui o papel do terapeuta na mediação da aprendizagem ao utilizar estratégias que estimulem o conhecimento da criança e vão de encontro aos seus interesses, de forma independente criando uma nova zona de desenvolvimento a todo o momento.

“Learning occurs, in stages, rather from the external action over the loud speaker to the inner mental activity.” (Manske, 2008).

A metodologia base criada e utilizada pelo Instituto foca-se, essencialmente na ideologia de Vygotsky e foi reproduzida e é operacionalizada através de um livro denominado de *LeseFibel*.

O *LeseFibel* é um livro criado de forma inclusiva, pensado especialmente para crianças com Trissomia 21, que visa ensinar competências linguísticas aquando a criança se encontra numa fase inicial de aprendizagem e surgem dificuldades ao nível da semântica, léxico e pronúncia.

O *LeseFibel* procura desdobrar o conceito de inclusão e demonstrar a todos os profissionais, pais e familiares destas crianças, a importância de uma aprendizagem em grupo e partilhada, onde nenhuma criança é considerada menos inteligente que a outra (Manske, 2016a). Este livro mostra etapas concretas, sistematicamente organizadas de acordo com os interesses da criança, e procura através das suas cores chamativas, cativar não só as crianças, mas também os pais, juntos a aprender a explorá-lo na realidade de forma partilhada, (*“gemeinsam geteilt empfinden”*) (Manske, 2016a).

Para Manske (2016b) as crianças aprendem desde os primeiros anos de vida, de acordo com o conceito *“Sinngebende der Laute”*. Por outras palavras, as crianças descrevem

experiências significativas com um som significativo. Segue-se em exemplo: Quando a criança vê uma vela e lhe pedimos para apagar a mesma, o som que esta faz “FFFF” fica-lhe na memória, como uma experiência significativa, associada à letra F, e operacionalizada segundo aquilo que a criança sente. A palavra é a menor unidade de significado, mas é o fonema em si que a origina e permite a criança na base dos 5 sentidos: sentir o calor, olhar a chama e cheirar o pavio e a cera.

A natureza dos órgãos funcionais do cérebro, sob as quais escreve *Leontiev* (1964, cit in Manske, 2016a), explica-nos esta questão, de que a experiências que colecionamos permitem-nos formar estes sistemas orgânicos como um único, de forma estável, que podem ser remodelados e substituídos por outros, contudo o sistema como um todo fica preservado. Estas habilidades psíquicas: sentir, perceber, lembrar e pensar, não são inatas, mas desenvolvem-se através de interações sociais significativas partilhadas entre a criança, os pais, familiares e educadores (Manske, 2016a).

Desta forma, a metodologia do Instituto baseia-se de acordo com as ideologias de *Vygotsky*, na medida em que:

- As leis do desenvolvimento infantil são operacionalizadas por quem realiza a intervenção da criança, sendo o desenvolvimento dela, altamente influenciado pelo contexto familiar;
- O terapeuta tem o dever de ensinar, aprender e encorajar a criança a formar os sistemas cognitivos funcionais da mesma;
- Em cada sessão de intervenção, o terapeuta deve passar por todas as etapas de desenvolvimento da criança, e projetar as suas sessões de acordo com os interesses da mesma, de forma a relembrar o que foi já trabalhado e construir passo a passo os sistemas cerebrais.

O *Lesefibel* é explicado, operacionalmente de acordo com a autora da seguinte forma:

Vygotsky diferencia as diferentes idades de desenvolvimento cronológicas e psicológicas. A idade de desenvolvimento define o nível de desenvolvimento da criança, i.e. uma criança com 7 anos de idade, pode encontrar-se num nível de desenvolvimento inferior à sua idade cronológica. Esta criança necessita, de alguma forma de estímulos mais elevados, para se equiparar ao nível de desenvolvimento psicológico equivalente à sua idade cronológica. Na forma de atuação do Instituto, as crianças são divididas não segundo a sua idade cronológica, mas segundo o seu nível de desenvolvimento (Manske, 2016a).

O *Lesefibel* foi construído de tal forma que em todas as páginas os quatro níveis de desenvolvimento (lactente “*säugling*”, criança “*Kleinkind*”, criança em idade pré-escolar “*vorschulkind*” e criança em fase escolar “*Schulkind*”) estão presentes e são operacionalizados pelos sentidos (Manske, 2016b).

Vier psychologische Entwicklungsstufen

1. Säugling	2. Kleinkind
3. Vorschul- kind	4. Schulkind

Figura 4 - Os 4 níveis de desenvolvimento psicológicos. Retirado de : Manske, C. (2016b) *Inklusive Lesefibel- Aufbau der Lesefibel*, p.152.

- 1) O **primeiro quadrado** corresponde ao estado psicológico de desenvolvimento Infantil - Lactente. O órgão funcional essencial é a língua, e a atividade fundamental a degustação. Todas as crianças experimentam a inclusão como compartilhada. Comer uma maçã torna-se uma experiência comum, que despoleta um conjunto de sentimentos e sentidos. Todas ficam cientes que a maçã tem uma tonalidade vermelha, é doce, tem um cheiro agradável, e produz um som sempre que a trincamos. A sensação pura dos cinco sentidos é vivida através da linguística pela expressão do fonema “A”, como o início da palavra maçã (*apfel* – em alemão), e é acompanhada por uma experiência consistente (Manske, 2016b).
- 2) O **segundo quadrado** corresponde ao estado psicológico do desenvolvimento infantil – Criança. O órgão essencial do conhecimento é a mão. A atividade essencial é a manipulação de objetos, materiais e ferramentas. As crianças brincam por exemplo na atividade “médicos e filhos”, onde examinam a boneca com um estetoscópio e uma espátula. O fonema “A” é expresso em tom de brincadeira, quando é pedido pelo médico em situação real para examinar a garganta. A experiência cultural e social que estas vivem quando visitam o médico na situação real com os pais é relembrada em tom de brincadeira. O “A” como fonema é aprendido com um som significativo (Manske, 2016b).

- 3) O **terceiro quadrado** corresponde ao estado psicológico do desenvolvimento infantil – criança em fase pré-escolar. O órgão cognitivo essencial é a memória. A atividade essencial é a ação simbólica. As crianças reconhecem o fonema na fotografia com o seu próprio rosto a realizar o fonema A, com a ponta do dedo sob os lábios e a boca aberta. Com a ajuda de uma imagem externa, constrói-se uma imagem interna. Estas realizam um gesto simbólico com a mão, na sua própria imagem do corpo. O controlo labial e movimento da língua são controlados mais tarde no processo de leitura (Manske, 2016b).
- 4) O **quarto quadrado** corresponde ao estado psicológico do desenvolvimento infantil – criança em fase pré-escolar. O órgão cognitivo essencial é o sistema cerebral funcional. A atividade essencial é o uso de sinais - a escrita. A cada fonema e gesto passa a corresponder o grafema correspondente. Materiais como plasticina, areia, massa de cozedura no forno, papel ondulado colorido e canelado, gomas de milho, entre outros são utilizados para representar a letra A em forma escrita, com ajuda de pontos espaciais (Manske, 2016b).

Este método é então traduzido num Livro inovador concebido pelo Instituto, fruto de anos de experiência com crianças com T21, e funciona de acordo com o Método Global da Leitura. Cada letra do alfabeto é apresentada de A a Z, com um respetivo som, fonema, grafema e gesto associado. Apresentam-se em seguida exemplos retirados do *Lesefibel* e o seu posterior esclarecimento.



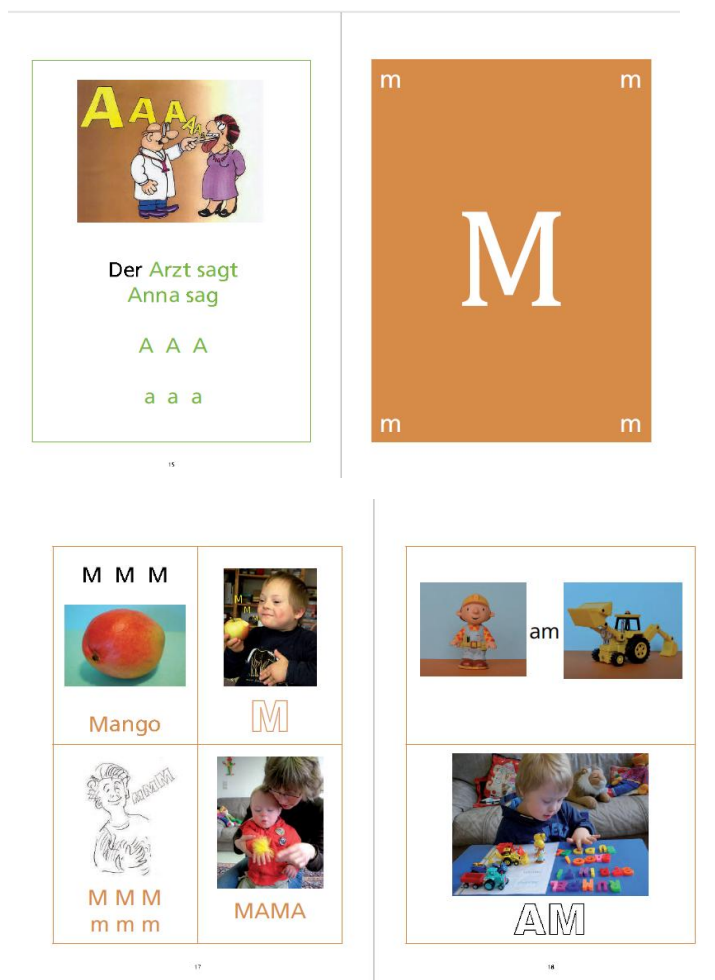


Figura 5 - Páginas exemplificativas retiradas do *Lesebibel*. Retirado de: Manske, C. (2016b) *Inklusive Lesebibel*.

Tal como explicado anteriormente, a criança aprende a letra associada a uma palavra em específico (e.g. A – *Apfel* (maçã)), articulada a um sabor, a uma cor, a uma imagem e a um gesto/mímica específica à letra, i.e. aos cinco sentidos.

As crianças com Trissomia 21 antes de formularem e serem capazes de se expressar por palavras aprendem os fonemas, através da consciência fonológica. A aprendizagem do abecedário com as letras e vogais associadas a um gesto, fonema e experimentadas nos 4 sentidos permitem à criança começar através de lalações e pequenos fonemas a expressar-se e mais tarde a construir palavras concretas (Manske, 2015).

De forma simples, e explicando o exemplo que se antecede pela ordem que as letras são ensinadas no livro, a criança aprende de acordo com o nível de desenvolvimento em que se encontra, e é estimulada nas diversas formas dos sentidos de forma sistemática e organizada. A criança aprende o fonema **A**, por meio de jogo simbólico, com atividades como comer uma maçã, distribuir a maçã pelos bonecos, comprar, cortar e comer. De

seguida aprende a letra **M**, realiza o gesto que esta representa de satisfação quando come, partilha uma manga, pinta uma figura de uma manga, faz um M em plasticina ou com gomas de milho. No final das 2 letras aprendidas a criança é capaz de construir a palavra “MAMA” (Mãe), e de pronunciá-la por partes foneticamente, ao reconhecer os gestos e mímicas associados a cada letra. Além disso reconhece a palavra “Am” (junto a), sendo possível através de diversas figuras além da representada no exemplo acima, recriar situações de jogo e exercitar a ação por exemplo “*Bob am Baggy*” (Bob junto a Baggi).

No seio da sessão, são formuladas fichas de trabalho, com desenhos para colorir, e toda a sessão é fotografada, do início ao fim. As fotografias realizadas do início ao fim da sessão são enviadas para os pais semanalmente, com o intuito de que estes possam dar continuidade ao trabalho realizado na sessão e estar a par do que as crianças realizam no decorrer da intervenção.

Tal como referido, cada letra apresenta um gesto e um som associado que as crianças recordam sempre que reconhecem a mesma. O livro foi criado por ordem, para que cada letra de acordo com o abecedário alemão se encaixe e forme passo a passo novas palavras. A criança aprende, desta forma a reconhecer todas as letras e após meses de intervenção é capaz de reconhecer palavras e apresentar um campo lexical aumentado, falando abertamente e exprimindo as suas necessidades.

Cada criança apresenta um Dossier, designado de Mapa individual onde são colocadas as atividades feitas em formato de fotografias, as fotografias associadas à letra que aprendeu, com a letra sob a fotografia em papel canelado cortado, bem como todas as outras fichas de trabalho que a criança realiza. Este Dossier é utilizado no início de cada sessão e serve como um “Livro de memórias” para a criança, que nos permite recordar todas as semanas o que fizemos na sessão anterior.

As sessões terapêuticas apresentam uma duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, contudo o tempo efetivo de trabalho com a criança é de 45 minutos. No restante tempo é dada a liberdade à criança de brincar, explorar o ambiente, ou assim que o técnico o entende transportar os conhecimentos anteriormente adquiridos para a componente simbólica e de jogo. Nas primeiras sessões com a criança e os pais, a duração não costuma exceder os 45 minutos. Posteriormente quando a criança é capaz de permanecer sozinha a duração aumenta para 1 hora e 30 minutos.

De acordo com a metodologia regida pelo Instituto e o lema defendido pela autora do método, a história do desenvolvimento da criança reflete-se agora e sempre em 4

processos fundamentais: a percepção, o sentir, a memória e o pensamento (Manske, 2011). É sob estes quatro processos, que a criança aprende e se desenvolve no meio que a rodeia.

Além das atividades desenvolvidas para ultrapassar as dificuldades no domínio da linguagem, cuja base de trabalho o Instituto se foca como vimos anteriormente, foi também criado no domínio cognitivo (conceitos matemáticos), um outro livro, com a participação de ambas as técnicas estagiárias, denominado de “*Mathebuch*” em Outubro de 2017. Neste domínio, as crianças após adquirirem a fala e linguagem, aprendem a reconhecer o conceito de número com dois esquilos, bolotas e nozes de diferentes tipos. Esta metodologia é sobretudo trabalhada com crianças que iniciaram a terapia no Instituto e continuam já em fase escolar a ter sessões terapêuticas semanalmente. Com as crianças em idades mais baixas procura-se trabalhar através do jogo simbólico, o conceito numérico associado a objetos simples e com os quais a mesma goste de brincar (e.g. no supermercado contar quantas maçãs e ovos compramos, e quantas moedas precisamos). Os exemplos de ambos os Livros desenvolvidos no Instituto encontram-se no Anexo XI e XII.

Importa referir que a maioria das crianças que chega ao Instituto para intervenção vem com um diagnóstico pré-estabelecido e procura essencialmente apoio ao nível da fala e linguagem, daí ser esse o domínio prioritário e sob o qual o trabalho do Instituto se desenvolve maioritariamente. As crianças que efetuam Intervenção Precoce no Instituto, frequentam ao mesmo tempo outras terapias como: Ergoterapia, Logopedia e Fisioterapia.

Embora o trabalho do Instituto em si não se foque prioritariamente no domínio motor, considerando o enquadramento do estágio em si, não poderia deixar de o fazer, e introduzir este domínio, que no trabalho da Psicomotricidade, tal como a linguagem apresenta um papel equivalente no desenvolvimento holístico da criança. Além do mais, as dificuldades significativas por estas apresentadas, como a hipotonicidade significativa e a dificuldade no contacto ocular, incentivaram, a inserção de atividades de cariz motor, no seio da intervenção. A passagem progressiva de tarefas como estimulação e exploração ambiental, para o trabalho de mesa, onde o contacto ocular, a coordenação óculo-manual e a componente sensorial (o toque), são palavras de ordem, foi a base do meu trabalho. A equipa multidisciplinar do Instituto procura ir de acordo às prioridades da criança, sendo que a intervenção prioriza sobretudo a relação positiva

estabelecida com a criança e com os pais como uma ponte de lealdade e esperança para novas aquisições e desenvolvimentos.

Por fim, importa referir os inúmeros recursos que o Instituto em si apresenta, como uma vantagem pela diversidade de materiais inovadores e criativos, que em muito contribuem para o desenvolvimento holístico e positivo da criança.

Capítulo II – Realização da prática profissional

II. Realização da prática profissional

1. População apoiada

Foram acompanhadas duas crianças no estágio realizado no Instituto Christel Manske, ambas com o diagnóstico de Trissomia 21, uma delas com dificuldades cognitivas e na linguagem e outra com atraso global no desenvolvimento e problemas a nível motor, cognição, e linguagem. No início da intervenção as idades das crianças eram respetivamente de 4 anos e 2 anos.

Abaixo, segue-se uma tabela sintetizada das características gerais das crianças acima descritas:

Tabela 2 - Características gerais das crianças acompanhadas.

Criança	Instituição	Idade	Diagnóstico	Características Principais	Duração da Intervenção
<u>Criança A</u>	Christel Manske Institut	4 anos	Trissomia 21	Dificuldades no domínio cognitivo e linguagem	Novembro de 2016 a Maio de 2017
<u>Criança B</u>	Christel Manske Insitut	2 anos	Trissomia 21	Atraso Global no desenvolvimento e problemas no domínio cognitivo, motor e linguagem	Novembro de 2016 a Maio de 2017

2. Faseamento da Intervenção

O presente estágio decorreu no período de 1 de Outubro de 2016 até 31 de Maio de 2017, tendo sido feita uma interrupção de 2 semanas na altura do Natal.

As crianças acima mencionadas tiveram sessões semanais, ambas com duração de 1 hora e 30 minutos.

Todo o processo de intervenção é composto por fases. A tabela que se segue ilustra e sintetiza o processo de intervenção das crianças em estudo.

Tabela 3 - Fases do Processo de Intervenção.

Contacto Inicial	Estabelecimento de um contacto com a criança no ambiente de intervenção e criação de uma relação de confiança.
Avaliação informal/Observação	Observação e registo comportamental da criança no seu contexto. Elaboração de uma entrevista aos pais com vista a obter informações acerca do historial clínico e do desenvolvimento da criança (Anamnese).
Avaliação Formal	Aplicação do Ecomapa aos pais, Entrevista baseada nas rotinas (EBR), e do Inventário das necessidades e interesses da família. Avaliação inicial da criança com a <i>Schedule of Growing Skills II</i> (SGS II).
Relatório com os objetivos de intervenção definidos	Elaboração de um relatório com base na interpretação dos resultados provenientes da avaliação inicial formal e informal. Definição de objetivos de intervenção.
Elaboração do Plano de Intervenção	Elaboração de um Plano de Intervenção de acordo com as necessidades e interesses da criança e da família.
Reunião com os pais	Apresentação dos resultados da avaliação inicial e discussão com a família sobre os objetivos a serem implementados.
Fase de intervenção	Implementação das atividades, que visam atingir os objetivos delineados.

Avaliação Final	Avaliação final da criança com a <i>Schedule of Growing Skills (SGS II)</i> .
Relatório dos Resultados obtidos	Interpretação dos resultados da avaliação final, elaboração de um relatório de avaliação com análise qualitativa e quantitativa dos objetivos atingidos.
Reunião final com os pais	Transmitir aos pais o balanço final de toda a intervenção realizada.

3. Horário de Estágio

Encontra-se apresentada, em seguida a tabela que resume o Horário das atividades de estágio decorridas no Instituto Christel Manske. É de salientar que as iniciais correspondem aos nomes de outras crianças com as quais foi realizada intervenção, mas que não foram selecionadas para estudo de caso.

Tabela 4 - Horário das Atividades de Estágio.

	2ªFeira	3ªFeira	4ªFeira	5ªFeira	6ªFeira
10h-11h		St. + Ju.	F.		<div>Trabalho extra realizado para o próximo Livro do Instituto</div>
11h-12:15h	A.	P.	Ml.	Criança A.	
12:15h- 13h	ALMOÇO				
13h-14:15h	J.	Ln.	S.	Sf.	
15h-16:15h		Li.	Mi.	Criança B.	
16:15h- 17:30	L.	La.	Pl.	An.	
17:30-18h	Reunião da equipa técnica				

4. Contextos de Intervenção

Tal como referido anteriormente, a intervenção realizada teve lugar no Instituto Christel Manske, em Hamburgo, na sala de terapia central.

O Instituto é composto por uma receção, uma sala de terapia central, outra sala terapêutica, um escritório, sala de reuniões, casa de banho, e casa de banho infantil.

A intervenção é realizada maioritariamente na sala de terapia central, contudo dependendo da idade da criança e da disponibilidade dos restantes espaços, pode também ocorrer nos restantes espaços referidos anteriormente.

5.1.) Sala terapêutica central

A sala terapêutica central é uma sala ampla com o maior espaço do Instituto e no qual decorrem a maior parte das sessões de intervenção. Está equipada com diversos recursos e materiais. Apresenta duas mesas com duas cadeiras adaptadas às crianças, um sofá, dois móveis de arrumação do material, um móvel amovível com material de desenho e atividades manuais (e.g. plasticinas, folhas brancas e de cor, canetas de cor, aquarela, pinceis, lápis de cor, autocolantes coloridos etc.), um espelho, um tapete central e quatro janelas que revestem uma das paredes e proporcionam iluminação oferecendo luz natural ao espaço.

5.2.) Sala terapêutica

É outra das salas idênticas à sala anteriormente descrita. Apresenta uma mesa central com quatro cadeiras, duas estantes com livros, dois móveis de grande porte que arrumam materiais de intervenção, e outras duas estantes ao correr em ambos os lados da sala com materiais lúdicos. É a sala que as crianças normalmente escolhem para brincar devido à variedade de materiais e jogos. Todos os materiais tal como na sala anterior encontram-se organizados pelo tipo de atividades a que se destinam. A sala apresenta três janelas mais pequenas encontrando-se adequada ao fim a que se destina, com decoração cativante.

5.3) Sala de reuniões

Apesar de não estar equipada para efeitos de intervenção, por ser ampla e apresentar duas mesas de reunião, um sofá central, e uma mesa infantil com cadeiras, é muitas das vezes, quando a disponibilidade das outras salas é inexistente, também, um contexto de intervenção. Além das estruturas referidas, esta sala apresenta ainda uma mesa infantil com duas cadeiras e uma estante pequena móvel que permite ao técnico o transporte dos materiais necessários para a realização da intervenção.

5. Instrumentos de Avaliação

Foi realizada uma avaliação informal no início das atividades do estágio com base na observação das crianças e da aplicação de um instrumento de recolha de dados (*Anamnese*), a cada criança em estudo.

No que respeita a avaliação formal da criança, foi utilizada a *Schedule of Growing Skills II* (SGS II) e para caracterizar as necessidades/interesses, os recursos e rotinas das famílias foram utilizados o *Ecomapa*, a *Entrevista Baseada nas Rotinas* (EBR) e o *Inventário das necessidades e interesses da Família*, que descreveremos mais à frente.

5.1. Avaliação da criança

Para proceder a recolha de informação relativa às crianças A e B, utilizamos uma *Anamnese* e a SGS II.

Anamnese

A Anamnese é um instrumento de recolha de dados, que pretende através de um questionário/entrevista, obter o maior número de informações acerca da pessoa à qual é aplicada e do contexto onde esta se insere. Esses dados consistem em dados de caracterização da criança e do seu agregado familiar, elementos referentes ao processo educativo, terapêutico, e ainda, informações relevantes sobre o historial clínico, o desenvolvimento, bem como, os interesses e hábitos da criança.

Utilizou-se a *Anamnese* como um instrumento de recolha de dados, pelo fato de este permitir conhecer detalhadamente a criança e aceder a um conjunto de informações pessoais, bem como ao seu historial clínico.

Dada a inexistência de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil no Instituto Christel Manske, e não tendo sido possível aplicar a *Escala de Griffiths* (1996), que seria a mais adequada uma vez que as crianças já apresentavam diagnóstico, optou-se por aplicar e basear a avaliação das crianças na *Schedule of Growing Skills* (SGS II), uma vez que, se trata de um instrumento largamente utilizado na Europa, de fácil aplicação e relativamente ao qual a estagiária já dispunha de formação no âmbito da licenciatura para o aplicar.

Schedule of Growing Skills II (SGS II)

A *Schedule of Growing Skills II (SGS II)* da autoria de Bellman, Lingam e Aukett, publicada em 1996, constitui um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, utilizado para o rastreio de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos.

O referido teste é um elemento de avaliação com referência a norma (Bellman, Lingam e Aukett, 1996). A SGS II foi desenvolvida no Reino Unido, tendo por base as sequências de desenvolvimento descritas por *Mary Sheridan* e fornece informação acerca da forma como a criança se está a desenvolver, i.e., verifica se o mesmo está de acordo com o padrão normal e ainda, se esta necessita de ser referenciada para uma avaliação mais pormenorizada ou para uma intervenção pedagógico-terapêutica.

Neste sentido, a SGS II, faculta indicações relativamente aos domínios ou áreas do desenvolvimento nas quais a criança evidencia dificuldades, permitindo identificar as áreas fortes e fracas da criança, elementos fundamentais à elaboração de um programa de intervenção. Esta escala apresenta boas propriedades psicométricas, contudo a largura das bandas de idade constitui uma desvantagem.

Quanto à aplicação da SGS II, a mesma, é relativamente rápida, quando o técnico já tem alguma experiência com o teste, sendo o tempo estimado de, aproximadamente, 20 minutos. O material necessário, para a aplicação desta escala, é o seguinte: 12 cubos de 2,5 cm; uma chávena; um copo; contas e um fio; uma boneca; uma escova; uma colher; uma bola pequena; um livro de figuras; cartões de cores e placa de associação; placa com pinos; pom-pom; duas placas com formas de encaixe; teste de visão (carta de Snellen); e material acessório (lápiz, papel, etc.).

Dada a inexistência dos materiais específicos da mala da SGSII, foram adaptados alguns materiais para substituir os usuais, mantendo-se a sua semelhança. As fotografias dos materiais adaptados encontram-se no Anexo IX para consulta.

A SGS II é constituída por 179 itens, subdivididos pelas seguintes 9 áreas ou domínios: capacidades posturais passivas, aplicada dos 0 aos 6 meses; capacidades posturais ativas, dos 0 aos 12 meses; capacidades locomotoras, dos 9 aos 60 meses; capacidades manipulativas, dos 0 aos 60 meses; capacidades visuais, que avalia crianças dos 0 aos 60 meses; audição e linguagem, centrando-se na linguagem compreensiva, aplica-se entre os 0 aos 60 meses; fala e linguagem, com enfoque na linguagem expressiva, engloba crianças dos 0 aos 60 meses; capacidades de interação social, também, dos 0 aos 60 meses; capacidades sociais de autonomia, que contempla crianças dos 6 aos 60

meses; e, por último, a cognição, que resulta da combinação de itens distribuídos pelas áreas das capacidades manipulativas, visuais e de interação social, por isso, não é considerada uma área autónoma, esta aplica-se, tal como a anterior, apenas dos 6 aos 60 meses. Importa mencionar que cada área acima referida se encontra, ainda, organizada em subáreas ou subescalas, as quais são resultado do agrupamento de itens relativos a capacidades semelhantes (Bellman, Lingam e Aukett, 1996).

Por fim, no que respeita à cotação da SGS II, a mesma, não consiste no somatório total dos itens de cada área, como é habitual, em outras escalas, mas sim no somatório dos valores máximos obtidos, em cada subárea, que somados permitem obter uma pontuação por domínio que é registada na folha de perfil. Unindo os pontos, obtemos assim um perfil relativo ao desenvolvimento da criança possível de ser comparado ao que seria expectável para sua idade cronológica.

5.2. Avaliação dos recursos, necessidades e das rotinas

No que respeita a aplicação dos instrumentos de avaliação da família foi utilizado o *Ecomapa* dado este permitir verificar o número e tipo de relações que a família apresentava dentro e fora da comunidade. O *Inventário das necessidades e interesses da família* pela sua utilidade no conhecimento daquilo que a família considera uma necessidade ou um interesse, para que de forma indireta fossem movidos os meios necessários para ajudar a mesma a satisfazer os seus interesses/necessidades. Por último, a *Entrevista baseada nas rotinas*, complementou os dados já obtidos inicialmente na Anamnese, mas com foco essencial nas rotinas, na exploração e conhecimento de um dia-a-dia tipo realizado pela família.

Ecomapa

Segundo Agostinho (2007, p.327) o *Ecomapa* integra-se na categoria de instrumentos de avaliação familiar e tem por objetivo “identificar as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família (...) e identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita”.

O *Ecomapa* foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman. É um diagrama que representa as relações entre a família e a comunidade, tal como mencionado anteriormente, ilustrando, assim, o seu “sistema ecológico” (Agostinho, 2007), permitindo avaliar as redes e apoios sociais disponíveis bem como, de que forma a família os pode utilizar (Pereira, Teixeira, Bressan e Martini, 2009).

Este instrumento de avaliação engloba os contactos da família com pessoas, instituições ou grupos e deste modo, representa a ausência ou a presença de recursos sociais, culturais e económicos que integram um determinado momento do ciclo vital familiar, denotando-se transformações ao longo do tempo, caracterizando, assim, este instrumento como dinâmico (Pereira, Teixeira, Bressan e Martini, 2009).

Os mesmos autores referem que no que respeita à esquematização das ligações de cada família, no centro do círculo (Nível 1) são representados os membros da família nuclear, no nível intermédio (Nível 2), são representados os membros da família mais afastados, e ainda amigos/vizinhos, e no círculo mais externo (Nível 3) surge a rede social da família (Pereira, Teixeira, Bressan e Martini, 2009). Quanto à forma de representação das ligações familiares e com a comunidade, aparecem as linhas contínuas que representam ligações fortes, a tracejado as ligações frágeis e as linhas sinuosas que representam ligações stressantes ou conflituosas (Pereira, Teixeira, Bressan e Martini, 2009).

Em síntese, o *Ecomapa* é um instrumento simples, organizado por níveis, e de fácil preenchimento, sendo necessário que os técnicos tenham a colaboração da família neste processo, possibilitando uma análise quase imediata e de fácil compreensão, dado que as informações estão representadas de forma esquemática. Outra das vantagens mencionadas pelo autor prende-se com o facto de este instrumento de avaliação poder ser aplicado por diferentes técnicos da equipa de saúde, servindo desta forma, de suporte ao tipo de intervenções que a família requer no momento atual de vida, em que o mesmo é aplicado (Agostinho, 2007).

Entrevista Baseada nas Rotinas

O Protocolo para a Entrevista Baseada nas Rotinas utilizado foi adaptado de McWilliam (2009), pelo Grupo Técnico de Investigação (GTI).

A Entrevista baseada nas rotinas (EBR), mais conhecido como *Routines-Based Interview* é uma entrevista informal semiestruturada concebida para ajudar as famílias a relatar as tarefas e a forma como as crianças as realizam no decurso das rotinas diárias, possibilitando os técnicos a orientar os pais no processo de priorização dos seus objetivos (McWilliam, 2010; McWilliam, Casey & Sims, 2009). O *Routines-Based Interview* é uma ferramenta passível de ser aplicada em diferentes contextos, como por exemplo o jardim-de-infância ou a creche (Almeida, 2011; McWilliam, 2010). Além

disso, oferece um contributo significativo na recolha de informações importantes dando a conhecer cada membro da família e a forma como estes participam nas atividades diárias, permitindo analisar níveis como: envolvimento, independência, autonomia e relações sociais (Pereira, 2010).

Pereira (2010) refere ainda que esta entrevista, permite além de conhecer o funcionamento da criança, perceber o nível de satisfação dos membros da família para com cada rotina da mesma. Este nível de satisfação é cotado numa escala de *Likert* de 1 a 5.

McWilliam (1992, cit in. Almeida et al., 2011) explica que a *Routines-based Interview* organiza-se em cinco fases: 1) a preparação da família e do educador para a entrevista; 2) a implementação da mesma e o relato das rotinas da criança; 3) a seleção dos objetivos da família onde se apontam as principais preocupações dos seus membros e se apontam futuros pontos de intervenção; 4) o registo dos objetivos e estratégias a realizar pelos profissionais, e 5) revisão nos meses subsequentes.

No decorrer da entrevista Almeida et al. (2011, p.92) refere que há seis questões fundamentais que o profissional deve ter em conta:

“O que fazem todas as outras pessoas? (nas rotinas da família, isto refere-se a outros membros da família; nas rotinas da creche/jardim-de-infância, tem a ver com as outras crianças); (b) O que faz a criança ?; (c) Como é o envolvimento da criança – como e quanto participa ela na rotina? (d) Como é a independência da criança – quanto pode a criança fazer por si mesma ?; (e) Como são as suas relações sociais – como é que a criança comunica e se relaciona com os outros?; (f) Quão satisfeito/a está o prestador de cuidados com a rotina? Esta é a grande questão e se o desejar, o entrevistador pode dispor de uma escala de pontuação para a satisfação com a rotina; o formulário da EBR tem um espaço para registar uma pontuação de um a cinco” (Almeida, et al., 2011, p.92).

Como indicadores de qualidade no decorrer da entrevista, McWilliam (2009) destaca a importância de ouvir atentamente, questionar de forma profunda, dar continuidade à conversa, perguntar proactivamente sob o desenvolvimento da criança, levantar questões inteligentes, utilizar mensagens não-verbais que ilustrem aceitação e interesse, procurar gerir a conversa saltando assuntos menos importantes, e por último mas não menos importante, a empatia.

Inventário das necessidades e interesses da Família

O *Inventário sobre as necessidades e interesses da família*, utilizado foi o Inventário criado por Santos e Brandão (2002) baseado e adaptado no Inventário das Necessidades da Família, de Bailey e Simeonsson (1988) e no *Family Interest Survey*, de Cripe e Bricker (1993).

Este instrumento cujo objetivo se centra em avaliar as necessidades da família, é constituído por 32 itens agrupados em três tópicos: Necessidades Relacionadas com a Criança; Necessidades Relacionadas com a Família; e Necessidades Relacionadas com a Comunidade (Raimundo, 2015). Na mesma coluna, organizam-se outras 3 categorias em três itens diferentes: Interesses da Criança; Interesses da Família; e Interesses na Comunidade. A família deve indicar se o item: 1 - Tem um interesse prioritário; 2 - Tem interesse, mas não é atualmente uma prioridade; ou 3 – Não tem nenhum interesse naquele momento (Raimundo, 2015).

Na subescala *Necessidades/Interesses Relacionados com a criança*, procura-se saber quais as necessidades que os pais apresentam ao nível informativo em questões como saber mais acerca das necessidades, comportamentos, desenvolvimento global e capacidades dos seus filhos.

Na subescala *Necessidades/Interesses Relacionados com a família*, procura-se perceber se os pais necessitam de ajuda/apoio em lidar com a condição da criança, em refletir sob os problemas em geral, e a encontrar soluções para os resolver. Aspetos como o apoio informal de familiares, amigos ou elementos relacionados do casal, bem como a necessidade de explicar a condição do filho às pessoas que os rodeiam, ou a preocupação em dar atenção a outros membros da família como (e.g. filhos, pais e tios), também estão aqui integrados.

Na subescala *Necessidade/Interesses Relacionados com a comunidade*, são envolvidas questões sobre as necessidades financeiras e o acesso aos recursos que a comunidade oferece. Aqui estão incluídos os tópicos acerca dos recursos existentes, dos serviços profissionais e da legislação em geral.

Num estudo efetuado com base neste instrumento, de Ellis, et al. (2002), as necessidades reportadas pelas famílias com crianças com problemas ao nível do desenvolvimento, estão associadas a diversas variáveis situacionais. A idade da criança é portanto uma delas, pois quanto mais jovem é a criança maior a necessidade reportada pela família. Ao que parece, os mesmos autores concluem no estudo realizado, que os

pais das crianças com idades mais baixas apresentam maior dificuldade em agir e reconhecer as suas necessidades quando comparados com pais com crianças de idades superiores. A maior parte das famílias implicadas no estudo em causa apontam as necessidades de informação como mais frequentes (Ellis et al., 2002).

Para os mesmos autores, a identificação das necessidades da família, revela-se fundamental, especificamente em famílias com crianças com NEE, por constituírem a base de iniciação na implementação de serviços e programas educacionais adequados (Ellis et al., 2002).

O mesmo resultado verifica-se no estudo de Gomes & Marinho (2010), dado serem novamente as necessidades de informação, uma das mais apontadas pelas famílias no estudo em causa. Os questionários e instrumentos acima mencionados encontram-se devidamente apresentados e preenchidos em anexo para consulta.

6. Processo de Intervenção

No presente relatório, são apresentados de forma aprofundada dois casos de estudo, ambos diagnosticados com Trissomia 21. O primeiro caso (criança A), com dificuldades ao nível da cognição e linguagem e o segundo caso (criança B) com atraso global no desenvolvimento e problemas a nível motor, cognição, fala e linguagem. As crianças apresentam a idade cronológica de 4 anos e 6 meses e 2 anos e 6 meses respetivamente. Apresenta-se de seguida a análise do processo de intervenção de cada uma das crianças em estudo. A informação recolhida a partir dos Instrumentos de avaliação aplicados quer à criança ou à família, é neste capítulo apresentada, e irá mais tarde fazer parte capítulo da discussão, num processo de análise e reflexão.

6.1. Criança A

Caracterização da Criança A

A criança A é do género masculino, tem 4 anos e 6 meses e foi fruto de uma gravidez tardia, espontânea e indesejada. O A. foi diagnosticado com Trissomia 21 pelo pediatra, e foi encaminhado para o Instituto Christel Manske, onde iniciou Intervenção Precoce com 8 meses de idade.

Nasceu com 1940 gramas, com o tamanho de 45,5 cm e um perímetro cefálico de 3.0 cm., índice de Apgar de 8 ao 5º minuto e de 9 ao 10º min. Apresentou complicações após parto como falta de ar e dificuldades de alimentação ficando em incubadora durante 5 semanas e foi amamentado com leite materno até aproximadamente ao 1º ano de idade. Não apresenta alergias conhecidas até à data, mas já esteve hospitalizado por três vezes duas delas com pneumonia e uma por cirurgia cardiovascular.

A Criança A apresenta dificuldades visuais, como miopia apenas em um dos olhos, usando óculos específicos que ajudam a corrigir a mesma.

Relativamente ao desenvolvimento motor, os pais não se recordam de muitas das aquisições, mas referem que o A. iniciou a marcha aos 2 anos e 6 meses. Apresenta maior vinculação e ligação emocional com a mãe, tendo realizado a primeira lalação com um ano, a primeira palavra com 1 ano e 6 meses “Mama”, e a primeira frase com 1 ano e 8 meses.

Ao nível da comunicação e linguagem apresenta algumas dificuldades sobretudo ao nível da expressão oral.

Ao nível social reage positivamente à presença de outros, brinca abertamente com uma criança ou adulto, mostra felicidade e satisfação e apresenta um comportamento persistente. Ainda assim, os pais referem que a criança A não tem amigos da mesma idade, não é convidado para festas de aniversários ou outros eventos sociais e não apresenta contacto com a família de ambos os pais (tios, avós, primos etc.).

Relativamente às brincadeiras temáticas preferidas da criança, os pais referem os temas: carros, jogos de madeira, cantar, livros, cozinha e supermercado.

No que se refere aos hábitos pessoais, a criança A apresenta um sono rítmico e regular, dormindo sozinho no seu próprio quarto aproximadamente 12 horas por noite. Quanto aos hábitos alimentares come de forma variada 5 vezes ao dia, sendo as principais refeições do dia (almoço/jantar) realizadas em família. No que respeita a autonomia, come sozinho, toma banho sem ajuda mas com supervisão, e lava os dentes sozinho, desde os 2 anos. Continua a usar fralda e nunca usou chupeta.

O A. frequenta o Jardim de Infância desde Agosto de 2015 todos os dias exceto à quinta-feira das 9h às 14h. Para além da IPI, que realiza uma vez por semana, no Instituto, tem ainda Fisioterapia, Ergoterapia e Logopedia..

A família reside num apartamento com 10 divisões, e um jardim exterior. A Criança A tem o seu quarto-próprio, contudo brinca de forma variável entre o seu quarto, a sala e a cozinha. O pai da Criança A é consultor económico e a mãe professora, sendo que esta não exerce função neste momento. A família é composta por 6 membros, sendo a criança A o filho mais novo com 3 irmãos (duas raparigas e um rapaz), com as idades 22, 20 e 24 anos, respetivamente.

A família apresenta um rendimento mensal superior a 2001 euros, revelando como despesas mensais a renda da casa, comida, carro e suporte educacional para três dos filhos que têm. A família apresenta como prioridades a educação, a saúde e um ambiente em redor estável.

Na altura da gravidez a mãe tinha 44 anos e o pai 46 anos. O pai reagiu à gravidez com prazer e alegria. A gravidez foi apoiada durante todo o tempo em vertente hospitalar e clínica privada. Teve uma duração de 34 semanas por cesariana de emergência. A família refere a insegurança sentida na mudança dos papéis familiares como uma alteração que trouxe mudanças na família. A mãe refere ter-se sentido exausta após o momento do parto mas muito feliz. Os pais referem não ter tido suporte psicológico após gravidez mas reconhecem que poderia ter sido bastante necessário.

A mãe refere sentir-se suportada a nível emocional e económico pelo marido. Quando questionada se sente o filho incluído num grupo a mesma responde que este se encontra muito focado na família e nele próprio. À questão “sente discriminação?” os pais responderam sim, mas não especificaram porquê.

Na relação pais-criança, os pais referem que a criança A não é castigada e sempre que este não respeita as regras, os pais tentam explicar-lhe o porquê de estar errada e incorreta. Além disso referem que a passagem de valores para a criança é sempre dada através de bons exemplos familiares. Os pais descrevem a criança A com várias características positivas e nenhuma característica negativa. Referem que este é energético, divertido, curioso, estabelece relações com os outros facilmente, feliz, explorador e sensível. Relativamente ao nível de felicidade própria dos pais estes

referem 10 (nível máximo), bem como a mesma pontuação no que respeita a felicidade dos pais com esta criança.

Em síntese, os pais referem, cinco aspetos que melhoraram desde que o A. iniciou terapia no respetivo instituto: capacidades motoras excelentes, adora aprender, curiosidade e melhorias muito significativas ao nível da linguagem.

Caracterização da família da criança A

Da análise realizada ao *Ecomapa* preenchido pela família é possível constatar que a família da Criança A é uma família nuclear. Residem em casa 3 pessoas, a criança A, a mãe e o pai. Dos 3 sistemas respetivos agregados ao Ecomapa é possível observar no Nível 1, três relações conflituosas com os Tios da Criança A, os avós e os amigos dos pais. É visível ainda uma relação distante/sem proximidade com os vizinhos. Como relações positivas, próximas e de possível apoio destaca-se no Nível 2, as irmãs da Criança A e o irmão, ambos mais velhos. No Nível 3, é possível verificar apenas ligações positivas e de proximidade com o atividades de lazer, parque infantil, médico pediatra, jardim-de-infância e as diferentes terapias que a Criança A frequenta (Intervenção precoce (Instituto Christel Manske), fisioterapia, ergoterapia e logopedia).

No *Inventário das necessidades e interesses da família* preenchido por ambos os pais, estes referem como interesse de cariz prioritário os itens “saber acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho”; “aprendermos a resolver, nós mesmos os problemas familiares encontrando soluções em conjunto” e “obter mais informação sobre intervenção em momentos de crise”. Também identificados como interesses mas que não constituem uma prioridade atual destaca-se o item “obter mais informação sobre brinquedos adequados à idade e sobre ajuda legal”. Identificado como um interesse mas sem qualquer prioridade neste momento está o item “Envolver a família e os amigos nos cuidados ou tempos livres do meu filho” bem como o item “encontrar amas ou *babysitters*”.

Os itens “aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho”, “ensinar o meu filho”, “lidar com o comportamento do meu filho”, “aprender a falar e a brincar com o meu filho”; “divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família”, “obter informações sobre cuidados médicos e alimentação” foram sinalizados como necessidades

prioritárias. Os itens “obter mais apoio para mim, e para o meu companheiro” e o item “ter mais tempo para mim” foram identificados como necessidades mas sem qualquer prioridade atual.

O Inventário das necessidades e interesses da Família, da criança A encontra-se disponível para consulta no Anexo III.

Relativamente à *Entrevista baseada nas rotinas*, a mesma apresentou uma duração de aproximadamente uma hora, e foi realizada em casa da criança A com os respetivos pais. Quando questionados sobre o motivo da Intervenção Precoce a mãe enfatizou a gravidez tardia tomando consciência do desafio que a esperava e das dificuldades pelas quais iria passar. Tal como referido anteriormente foi através de uma consulta pediátrica que a criança A foi encaminhada para o médico de psiquiatria infantil e psicoterapeuta e mais tarde para intervenção. Os principais motivos da IPI apontados pelos pais como principais preocupações foram as dificuldades cognitivas e de linguagem da criança, e o receio de incapacidade monetária para proporcionar à Criança A uma terapia contínua e eficaz de forma a que este possa crescer tal e qual como as outras crianças. Além disso a mãe referiu ter como preocupação, mas também como objetivo demonstrar à família de ambas as partes que a criança A merece ser aceite.

Na folha das rotinas os pais falaram acerca do dia-a-dia em família e de que forma este se processa identificando as rotinas seguintes:

- a) Preparar o pequeno-almoço para o marido enquanto este se prepara para o trabalho. A criança A dorme no seu quarto. **Nível de satisfação: 2** (o nível explica o quanto gosta do começo do dia).
- b) A criança A acorda, toma o pequeno-almoço preparado pela mãe. Come sozinho, variando entre cereais, pão e fruta. **Nível de satisfação: 3**
- c) Escolhe a roupa dele e algumas peças veste sozinho. Lava os dentes sem ajuda e vê televisão/brinca até que a mãe esteja pronta para o levar ao infantário. **Nível de satisfação: 4**
- d) Às 9h a criança A dá entrada no infantário. A mãe efetua o transporte do mesmo de carro. **Nível de satisfação: 5**
- e) A mãe refere ter tempo para si. Faz a lida de casa, e vai às compras diárias sempre que necessário. **Nível de satisfação: 5**

- f) Às 14h vai buscá-lo ao infantário, e regressa a casa onde almoçam juntos. **Nível de satisfação: 5**
- g) Se as condições meteorológicas o permitirem, depois de almoço vão ao parque infantil ou passear. **Nível de satisfação: 5**
- h) Regressam a casa. A criança A faz atividades lúdicas com a mãe e brincam juntos, normalmente o tipo de brincadeiras que este mais gosta. **Nível de satisfação: 5**
- i) O pai da criança A regressa a casa. Fica com a criança A enquanto a mãe prepara o jantar. **Nível de satisfação: 4**
- j) Às 19h jantam todos juntos, todos os dias. Conversam com a criança A acerca do que aconteceu no infantário. **Nível de satisfação: 5**
- k) Às 21h a criança A lava os dentes sozinho, toma banho com supervisão. Dorme no seu quarto. **Nível de satisfação: 5**
- l) Os pais referem que após esta rotina têm tempo enquanto casal para conversar, ver televisão e descontraír. **Nível de satisfação: 5**

Ambos os pais referiram algumas atividades típicas que consideram importante abordar. Referem que aos fins-de-semana fazem atividades de lazer juntos como por exemplo: natação. Às quintas-feiras o A. não frequenta o infantário, dado ter intervenção precoce no Instituto Christel Manske às 11 horas em Hamburgo. Como duas das irmãs estudam na faculdade em Hamburgo, todas as quintas-feiras almoçam juntos, facto referido pelos pais como fundamental para a relação da criança A com as irmãs mais velhas. A criança A tem ainda logopedia, ergoterapia e fisioterapia que frequenta às quartas-feiras após o infantário.

Os pais referem como principal preocupação o facto de a criança A nunca vir a ter amigos ou nunca vir a ser aceite de forma igual pelos outros. Além disso a mãe referiu o receio de envelhecer e sentir-se cansada para ensinar passar tempo com o filho. Como mudança que os pais gostariam de ver acontecer era o facto de a criança A ter amigos da mesma idade para poder brincar, fora do contexto do infantário, e que fosse aceite essencialmente pela família de ambas as partes (avós, primos e tios).

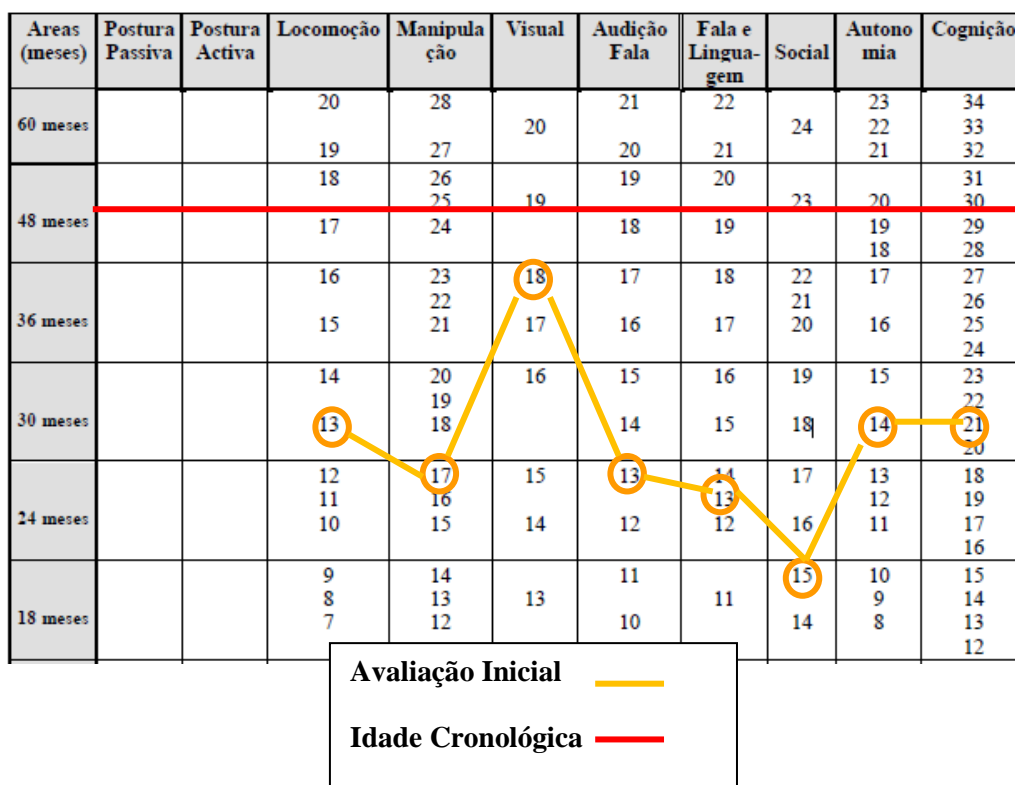
Na lista de objetivos a desenvolver os pais destacam por ordem de prioridade: **1)** “Poderem tomar o pequeno-almoço juntos todos os dias e prepará-lo juntos também.” **2)** “A criança A comunicar mais acerca do seu dia no infantário.” **3)** “A criança A ter mais crianças da sua idade com que possa lidar, brincar e aprender além do contacto no

infantário.” 4) O contacto com outros pais com crianças com T21 em iniciativas de partilha de ideias e experiências (*Krabbelgruppe*).

Avaliação Inicial - Criança A

A avaliação inicial teve como base uma avaliação formal baseada na aplicação da *Schedule of Growing Skills* (SGS II). As avaliações foram realizadas quando a criança tinha 48 meses de idade. Em seguida apresenta-se a Tabela de cotação do Perfil de desenvolvimento da criança, que reúne os dados obtidos nos itens aplicados, bem como uma análise qualitativa e quantitativa da avaliação inicial organizada de acordo com os domínios do desenvolvimento.

Tabela 5- Perfil do Desenvolvimento da criança A.



Analisando o perfil de desenvolvimento da criança, observamos a vermelho a linha correspondente à idade cronológica, quando realizada a avaliação inicial. A linha laranja corresponde às pontuações obtidas na avaliação inicial de cada domínio.

Observa-se que a criança apresenta um atraso global do desenvolvimento, uma vez que, em todos os domínios esta apresenta uma cotação inferior à esperada para a sua idade

cronológica, i.e. dois intervalos abaixo, exceto o domínio visual, que apresenta um atraso ligeiro.

De acordo com o observado, podemos afirmar que a criança apresenta como área mais forte a visual, e como área mais fraca a social. As restantes áreas confirmamos como intermédias, apesar do perfil estar abaixo do expetável para a idade cronológica.

Locomoção – As capacidades locomotoras têm uma pontuação de 13, revelando-se como já referimos um atraso de desenvolvimento significativo nesta área. A Criança A apresenta uma marcha coordenada e correta, consegue apanhar objetos do chão sem cair, corre com confiança e desvia-se dos obstáculos, eleva ambos os pés do chão a uma distância curta e anda em bicos de pés realizando aproximadamente 3 ou 4 passos sem dificuldade. Contudo, ainda não corre em bicos de pés, nem realiza saltos a pé coxinho. Apresenta dificuldades ao nível do equilíbrio e na marcha de pé ante pé sobre uma linha. No padrão de subir ou descer as escadas, a criança A não sobe as escadas com padrão adulto, mas sobe e desce as mesmas com confiança, sem alternância de pés.

Ao nível das **Capacidades manipulativas**, a pontuação foi de 17 revelando também um atraso significativo, em relação ao esperado para a idade. A criança A apresenta dificuldades em virar páginas de um livro uma de cada vez, colocar pinos dentro de uma chávena em tempo determinado, bem como colocar pinos na tábua de encaixe em tempo estipulado, dado que realiza a atividade mas não a finaliza no tempo estimado. Constrói torres com 2 e 3 cubos sem dificuldade. Na área do desenho, rabisca sem dificuldade e imita o que lhe é solicitado e consegue desenhar a cabeça e outra parte do corpo.

Capacidades visuais – ao nível das capacidades visuais, a pontuação obtida foi de 18, sendo a mais elevada de todas. Realiza todos os itens solicitados, contudo não mostra interesse por gravuras, e tem dificuldades em reconhecer detalhes nos livros de figuras. Neste domínio importa referir que o teste de *Snellen* não foi realizado dado ter conhecimento das dificuldades visuais do A. e o mesmo ser seguido corretamente e com frequência por um médico oftalmologista.

Audição e fala – A pontuação obtida foi de 13. Neste domínio, a criança A assusta-se com ruídos súbitos ou estranhos. Vira a cabeça em direção à fonte sonora, está atento a sons rotineiros, compreende palavras simples como não/adeus, reconhece o seu próprio nome, compreende nomes de pessoas e objetos familiares, nomeia corretamente as

partes do corpo em si, na boneca e no outro e segue ordens com passos simples e concisos. Contudo apresenta dificuldades em compreender verbos em gravuras de ações, em compreender funções dos objetos e preposições. Apresenta dificuldades na compreensão de adjetivos de dimensão. Ainda que cumpra instruções claras e simples, apresenta dificuldades quando estas se tornam complexas.

Fala e linguagem – A pontuação obtida nesta área foi de 13. Ao nível da vocalização a criança A vocaliza quando satisfeito, ri e interage durante a brincadeira, imita sons adultos e palra com entoação de forma contínua. Na componente expressiva utiliza pelo menos 6 palavras com significado, comunica através de gestos e vocalizações, repete palavras que os outros utilizam, e nomeia objetos e gravuras que reconhece de imediato por lhe serem familiares. O discurso é compreendido geralmente pela mãe e pelo os que o rodeiam. Apresenta dificuldades em usar mais do que 7 palavras com significado, juntar duas ou mais para formar frases corretas, manter uma conversação, descrever ou explicar acontecimentos, cantar canções infantis e manter um discurso fluente e claro.

Interação Social – É realmente a área mais fraca como referido anteriormente. Na interação social a criança A obteve a pontuação de 15. Neste domínio a criança A sorri, responde ao tratamento carinhoso, gosta das rotinas de higiene, faz graças e acena adeus, explora objetos à sua volta, imita atividades da vida diária e partilha brinquedos. No domínio do Jogo, explora os objetos e procura o efeito dos mesmos, encontra objetos escondidos, explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e de outros objetos que lhe causem interesse, brinca sozinho na presença de alguém familiar, brinca de forma habilidosa e calma, chuta uma bola e atira com a mão uma bola pequena por cima da cabeça. Não se mostra irritado quando frustrado nem rebelde quando contrariado. Como dificuldades salienta-se a preocupação com o outro, e o conforto ativo de irmãos ou amigos, bem como a escolha de melhores amigos ou a capacidade de aguardar a sua vez em situação de jogo. Participa de forma ativa em situação de jogo, mas não cumpre à regra tudo o que lhe é solicitado.

Autonomia – Na área da autonomia foi obtida a pontuação de 14. Come autonomamente com garfo e faca, com pequena ajuda e sob supervisão. Ao nível da higiene não antecipa as necessidades de higiene dado ainda usar fralda. Mantem-se seco geralmente durante a noite, lava as mãos sem ajuda, e veste-se e despe-se sozinho exceto fechos e botões, ainda que com supervisão e pequena ajuda.

Cognição – No domínio cognitivo a criança obteve a pontuação de 21. Ao nível do desenho a criança é capaz de rabiscar, imitar formas e linhas sem dificuldade. Desenha a cabeça e uma parte do corpo quando lhe solicitado, mas sem nenhum detalhe extra. Observa os objetos que caem, apanha-os, apresenta permanência do objeto, procura o objeto escondido, está atento a movimentos distantes, aponta com o dedo, mostra interesse em gravuras, completa quadros de formas, mas apresenta dificuldade em reconhecer pequenos detalhes em figuras. É capaz de combinar cores e emparelhar cartões. A criança partilha brinquedos mas não se mostra preocupado com irmãos e amigos. Explora as propriedades dos objetos e brinca com estes de forma habilidosa. Contudo não sabe aguardar a sua vez nem participa em jogos de cooperação e animação.

Objetivos de Intervenção da criança A

De seguida, serão apresentados os objetivos de intervenção, definidos com base nos resultados obtidos anteriormente, nos domínios do desenvolvimento. Os objetivos foram trabalhados ao longo das sessões individuais realizadas com a criança A. Em frente a cada objetivo é apresentado um (V) naqueles que foram alcançados no decorrer do processo de intervenção.

MOTRICIDADE GLOBAL

Objetivo Específico: Desenvolver os padrões motores básicos.

Objetivos comportamentais:

- Ser capaz de correr em bicos de pés sob uma linha reta previamente assinalada no chão
- Ser capaz de dar 3 saltos ao pé-coxinho num local devidamente assinalado no chão
- Dar pelo menos 3 passos (no mínimo) em cima de uma linha reta, colocando o calcanhar de um pé à frente do outro (V)
- Permanecer 5 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés
- Subir e descer as escadas, com alternância de pés, com a ajuda inicial de alguém familiar (V)
- Subir e descer as escadas, com alternância de pés de forma independente

MOTRICIDADE FINA

Objetivo Específico: Desenvolver a pinça nítida.

Objetivos comportamentais:

- Ser capaz de desenhar a figura humana com cabeça e pelo menos três dos seguintes detalhes (olhos, boca, nariz, cabelo, tronco, braços, pernas, mãos e pés) (V)
- Ser capaz de folhear um livro, página a página (V)
- Ser capaz de pegar num objeto de pequenas dimensões com o polegar e o indicador (V)
- Construir torres com mais de 3 peças, com a ajuda de legos, de diferentes cores e formatos (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

- Ser capaz de colocar objetos de diferentes formatos dentro de um recipiente (V)

COGNITIVO

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades cognitivas.

- Na observação de livros, prestar atenção e interessar-se pelas figuras que vê (V)
- Ser capaz de reconhecer pequenos detalhes, ao folhear um livro (V)
- Ser capaz de agrupar objetos por cores (V)

AUDIÇÃO, COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM

Objetivo Específico: Desenvolver a comunicação recetiva e a compreensão auditiva.

Objetivos comportamentais:

- Apontar verbos utilizados em figuras de atividades ou ações através da criação de um “*Tätigkeitsbuch*” (livro de ações motoras com fotografias da criança) (V)
- Dar a pedido um cartão/figura que lhe são mostrados, com diferentes imagens/funções de objetos (V)
- Dar a pedido um cartão/figura com imagens acerca de proposições básicas como e.g. (baixo, cima, atrás, frente), que lhe são apresentadas (V)

- Apontar por meio de imagens, adjetivos relacionados com questões dimensionais e.g. (maior, menor) (V)
- Apontar, com ajuda de cartões/imagens, situações que impliquem o uso de negativos como e.g. (qual dos carros não é amarelo?) (V)
- Cumprir ordens complexas com 2 ou 3 instruções (V)
- Responder a questões de cariz complexo como e.g. (o que fazes se te perderes?)
- Assimilar situações com uso de negativos em frases complexas
- Ouvir e reconhecer canções infantis (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a linguagem expressiva.

Objetivos comportamentais:

- Usar mais de 7 palavras com significado (V)
- Agrupar mais de 2 palavras e construir frases simples (V)
- Ser capaz de conversar e descrever acontecimentos recentes de forma simples e clara (V)
- Discursar de forma mais clara e fluente (V)

INTERAÇÃO SOCIAL

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de interação social e de jogo.

Objetivos comportamentais:

- Ser capaz de se demonstrar interessado e preocupado com as reações de colegas/amigos com quem brinca
- Reconhecer emoções básicas como e.g. (triste, feliz, divertido, irritado) (V)
- Cooperar de forma ativa e imaginativa perante uma atividade com regras simples que lhe são impostas (V)

AUTONOMIA

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de autonomia.

Objetivos comportamentais:

- Ser capaz de verbalizar a necessidade de ir à casa de banho
- Expressar-se por intermédio de vocalizações ou comportamento agitado, quando necessidade de ir à casa de banho (V)
- Manter-se geralmente seco durante o dia (V)

Organização e tipologia das Sessões

Foram realizadas na totalidade 22 sessões, tendo sido estipuladas á partida 30, não tendo sido as restantes concretizadas por motivos de doença da criança, atividades do infantário ou feriados municipais.

As sessões foram apenas individuais, de acordo com a forma de organização, trabalho e funcionamento do Instituto. Teria sido interessante face às dificuldades que a criança apresentou, no ponto de vista do domínio social, ter havido a possibilidade de realização de sessões em grupo. Tendo sido notória após a avaliação inicial, a questão das competências sociais serem um domínio mais fraco, procurou-se encontrar uma alternativa para criar sessões em grupo, mas contudo este domínio não pode ser trabalhado em contexto de sessão, pela incompatibilidade de horários entre os pais da criança A e os restantes pais que compareciam no mesmo horário, bem como a própria organização do Instituto.

Ainda assim e de forma indireta, os pais tomaram conhecimento da fragilidade deste domínio e juntamente com a estagiária procurou-se desenvolver e incentivar competências nestes que os fizessem entender a importância do contacto social da criança, além do infantário e do ambiente de casa.

O planeamento das sessões foi feito mensalmente, elaborado de acordo com os interesses e necessidades da criança, tendo sido atribuído a cada mês, uma temática, de acordo com o método do Instituto – *Lesefibel*.

Encontra-se de seguida o Gráfico que ilustra a distribuição do processo de Intervenção realizado de Outubro a Maio.

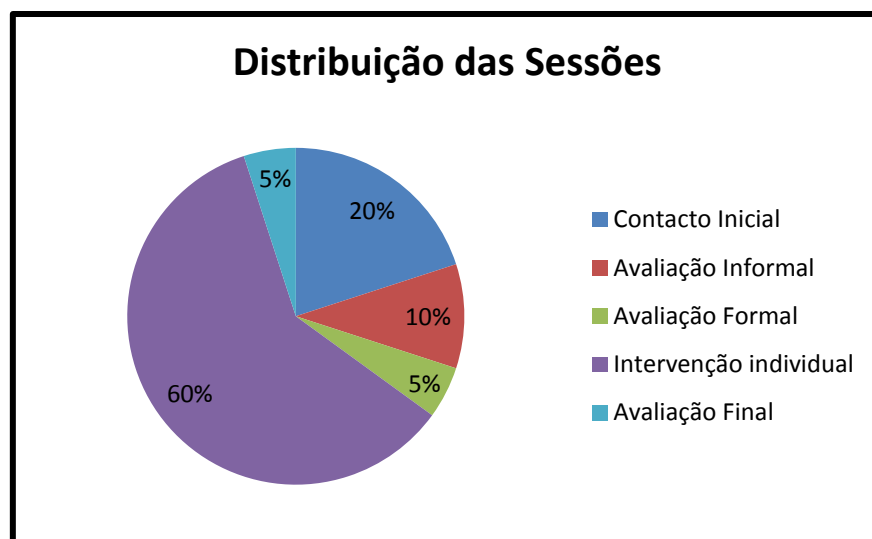


Gráfico 1 – Distribuição das Sessões da criança A.

Tipologia das Sessões

As sessões da criança A apresentaram durante todo o processo de intervenção uma estrutura idêntica de forma a criar uma rotina que o fizesse sentir estável e seguro durante as sessões. No Anexo XI podem ser consultados exemplos tipo dos planeamentos de intervenção. Apresenta-se de seguida a tabela que resume a tipologia usual das sessões.

Tabela 6 - Tipologia das sessões da criança A.

Ritual de Entrada	Contacto Inicial e Cumprimento Rever no Dossier individual de trabalho o que foi feito anteriormente – “Livro de memórias”
Ativação Geral	Atividade de aquecimento geral através da mobilização de membros e articulações
Corpo de Sessão	Realização de atividades que vão de encontro aos objetivos estipulados
Retorno à calma	Atividade de relaxação que possibilite o acesso à calma e passividade
Ritual de saída	Feedback da sessão e música de despedida “Ja das hast du gut gemacht!”

Estratégias utilizadas durante a Intervenção

No primeiro contacto estabelecido o A. demonstrou ser recetivo, extrovertido, feliz e motivado para brincar. Contudo o estabelecimento de uma relação de confiança, tornou-se um desafio a atingir. Através do reforço positivo, brincadeiras que envolvessem o seu interesse, sobretudo atividades de mesa como pintar e de expressão plástica, foi possível passo a passo obter a confiança e a segurança da criança A.

Quando a ligação entre ambos foi estabelecida, a criança A compreendeu que além do brincar a sessão em si tinha a sua componente de trabalho, onde o mesmo tinha que mostrar as suas capacidades. Os primeiros 3 meses de Intervenção foram difíceis de planear pelo fato de a criança A apresentar apenas um interesse específico “carros de corrida” e por não aceitar qualquer outro tema que pudesse ser trabalhado em sessão. Procurei assim envolver o mesmo tema durante 3 meses e passo a passo acrescentar atividades que envolvessem os “carros” mas que trouxessem algo de novo como e.g. (ir de carro ao supermercado, conduzir o trator até à quinta dos animais, etc.).

Outra situação que constituiu um desafio durante as sessões foi a pouca permanência nas atividades, recusando-se a terminar a tarefa pedida e desviando a sua atenção, levantando-se e dirigindo-se sozinho a outra sala ou brincadeira. Ao longo das sessões e com o reforço positivo dado no final de cada atividade “ex: cantar a música “*Ja das hast du gut gemacht! Bravo A.*”, juntamente com a promessa de no final o restante tempo podermos brincar a algo que ele goste, foi possível mantê-lo de forma prolongada na sessão.

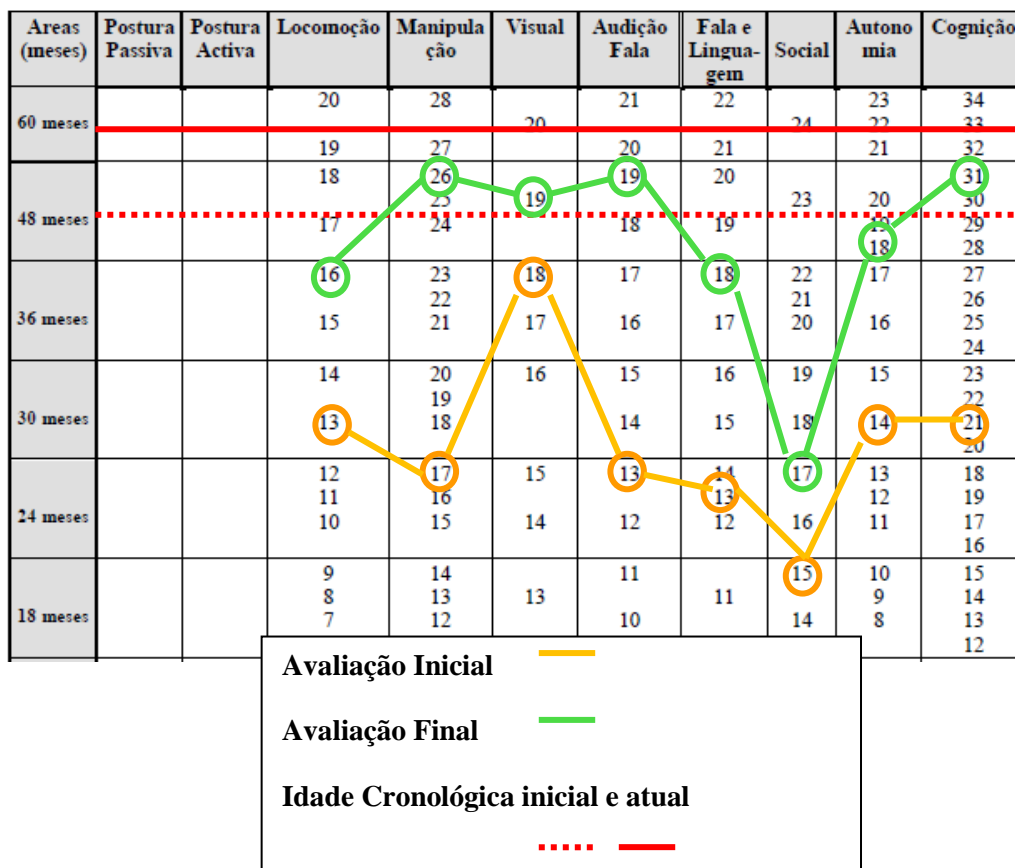
Dados os interesses peculiares da criança A e a constante curiosidade em explorar materiais novos, este aspeto levou à necessidade de construir materiais para fins de intervenção, simultaneamente, lúdicos, didáticos e chamativos. Os materiais construídos encontram-se no Anexo XIII.

Durante as sessões, foi sempre utilizada uma linguagem clara e simples, que permitisse à criança de forma concisa compreender o que lhe era solicitado. De forma gradual foram sendo retiradas as ajudas físicas e verbais.

Avaliação Final – Balanço da Intervenção

É possível comparar os resultados obtidos na avaliação Inicial e Final, por meio da tabela do perfil de desenvolvimento, que se segue, onde se ilustram os resultados obtidos. A linha laranja representa tal como anteriormente, os resultados da avaliação inicial, enquanto a verde corresponde á avaliação final. As linhas, de cor vermelha quebrada e contínua, correspondem à idade cronológica quando o início da avaliação e fim, respetivamente.

Tabela 7 - Balanço Final do Perfil de Desenvolvimento da criança A.



No perfil de Desenvolvimento da criança A, salienta-se a cor verde a linha correspondente às cotações obtidas na avaliação final, e a laranja, as cotações obtidas em cada domínio na avaliação inicial. A cor vermelha, apresenta-se a linha quebrada que ilustra a idade da criança aquando a avaliação inicial, e a linha contínua que ilustra a idade da criança na avaliação final.

Analisando o Perfil de Desenvolvimento, podemos afirmar que após 6 meses de intervenção é notória a melhoria em cada um dos domínios em causa. A locomoção que anteriormente apresentava a cotação de 13, apresenta agora 16 encontrando-se apenas um intervalo abaixo da idade cronológica. A Manipulação, as capacidades visuais e a audição e fala encontram-se no limite da idade cronológica do A., com as pontuações atuais respetivas de 26, 19 e 19. A fala e linguagem que anteriormente apresentava a cotação de 13 subiu 5 pontos para 18, bem como a autonomia. A interação social foi o domínio que apresenta menor diferença significativa com a subida de dois pontos mas continuando com 3 intervalos abaixo da idade cronológica. No somatório dos itens ao nível da cognição em cada domínio, também a componente cognitiva obteve uma diferença significativa de 21 para 31 pontos.

Após 6 meses de Intervenção, é possível detetar diferenças significativas, tal como referido anteriormente, em todos os domínios.

No domínio da Motricidade Global, o A. conseguiu atingir os objetivos “dar pelo menos 3 passos em cima de uma linha reta com um pé à frente do outro” e “subir e descer escadas com alternância de pés, agarrado ao corrimão ou com pequena ajuda”. No domínio da Motricidade Fina, a criança A consegue realizar o “desenho da figura humana agora com cabeça, pernas e os dois braços”, “pegar num objeto realizando uma pinça nítida”, “virar páginas de um livro, uma de cada vez”, “construir torres com mais de 7 cubos e escadas de degraus através de modelos de imitação”, “coloca 10 pinos numa chávena e encaixa 8 pinos numa tábua de encaixe em 30 segundos”. Demonstra agora maior interesse em gravuras e figuras, bem como o reconhecimento de detalhes em livros.

No domínio da Fala e Linguagem, a criança A compreende agora verbos utilizados em figuras de atividades ou ações. A concretização deste objetivo destaca-se pela criação conjunta de um livro específico para a criança A e elaborado em conjunto com esta no ambiente da intervenção, onde todas as semanas, era solicitado aos pais fotografias onde este realizasse determinada ação para que pudessemos colar e nomear a fotografia, funcionando como um livro que relata as atividades i.e. verbos que este executa frequentemente. O livro criado denomina-se de *Tätigkeitsbuch*, e as páginas exemplificativas do mesmo encontram-se no Anexo XIII para consulta.

Além disso a criança A é capaz de compreender funções de objetos utilizando figuras, apreender preposições básicas como e.g. “cima, baixo, frente, trás, ao lado”, conhecer adjetivos relacionados com a dimensão e quantidade (maior, menor, mais, menos) e entender questões de negação. A Criança A cumpre ordens de 3 instruções, contudo continua a não entender negativos em frases complexas nem questões mais complicadas. Usa mais de 7 palavras com significado, junta mais de duas palavras para realizar frases simples, consegue relatar pequenos acontecimentos, reconhece e canta canções infantis, e discursa de forma mais clara e fluente. O sucesso e as melhorias significativas nestes domínios refletem a incidência da intervenção sobretudo ao nível da componente da linguagem e de acordo com o método do Instituto *Lesefibel*. A maioria das atividades e objetivos pensados para a criança A focaram-se bastante nestas duas componentes pelo que os resultados evidenciam o sucesso da intervenção a curto-prazo.

Ao nível da interação social a criança A consegue reconhecer emoções básicas nele e nos outros, e apresenta uma interação positiva com as crianças ao seu redor, contudo não se mostra geralmente preocupado com a reação dos colegas mas coopera de forma ativa e com imaginação nas atividades que lhe são propostas. No domínio da autonomia, ainda não verbaliza a necessidade de ir à casa de banho mas antecipa as necessidades de higiene com comportamento mais agitado e vocalizações e mantém-se geralmente seco durante o dia. É de referir ainda que no Instrumento aplicado, embora não tenham sido atingido todos os itens, a criança A revela melhorias significativas em todas as áreas do desenvolvimento, à exceção da interação social.

Em síntese, podemos afirmar numa primeira observação a diferença positiva e significativa entre os valores do perfil de desenvolvimento quando a avaliação inicial e posteriormente a avaliação final. Comparemos mais tarde, os resultados obtidos com os restantes instrumentos utilizados e a respetiva literatura.

Posteriormente segue-se um quadro com o resumo das áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início e no final da intervenção, com base na aplicação de escala SGS – II.

Tabela 8 - Comparação entre as Áreas fortes, intermédias e fracas na Avaliação Inicial e Final (SGS-II) da criança A.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Áreas + fortes	Visual,	Visual, manipulação, audição e fala, autonomia e cognição
Áreas intermédias	Locomoção, manipulação, audição e fala, fala e linguagem, autonomia, cognição	Locomoção, fala e linguagem
Áreas + fracas	Interação Social	Interação Social

Analisando novamente as áreas fortes fracas e intermédias da criança A, após o processo de intervenção verifica-se uma ligeira subida, na área da interação social, apesar de esta continuar a ser considerada uma área fraca, ou seja com um perfil muito abaixo do esperado para a sua idade. Esta ligeira subida no domínio social, tem a ver com o processo de maturação da criança e não propriamente com os resultados da intervenção. Talvez os resultados tivessem sido diferentes se o trabalho tivesse sido feito com pares. Contudo áreas como a manipulação, a audição e fala, autonomia e a cognição, revelaram uma subida significativa, passando a ser consideradas áreas fortes.

Após observados os resultados obtidos, considerou-se importante, analisar o conjunto de objetivos concretizados e os não concretizados ao longo da intervenção. Dos 33 objetivos estipulados, 25 foram concretizados e os restantes ainda não foram alcançados pela criança. No domínio Motricidade fina e cognição foram alcançados todos os objetivos estipulados. No domínio da Motricidade Global foram alcançados 2 objetivos dos 6 estipulados. No domínio audição, comunicação e linguagem foram alcançados 11 objetivos dos 13 estipulados. No domínio social e autonomia foram alcançados 2 objetivos dos 3 estipulados.

Resta-me ainda referir que os instrumentos utilizados no que toca a avaliação dos interesses, necessidades, rotinas e recursos da família em muito contribuíram na

identificação do que esta necessitava, das suas dúvidas e necessidades, mas sobretudo permitiu-me chegar mais perto e de forma indireta aos pais, tornando-os sensíveis à importância do desenvolvimento adequado da criança A. Como é passível de observar verifica-se uma evolução significativa entre a avaliação inicial e final. Contudo não poderia deixar de referir, sobretudo no caso dos pais da criança A, a extrema motivação, interesse e trabalho feito com a criança também em contexto doméstico. O facto de a mãe da criança A estar a tempo inteiro em casa, explica a quantidade e qualidade das atividades que foram feitas e transportadas da sessão para o meio natural do A. Foram uns pais extremamente participativos, atentos às dificuldades do filho e sempre dispostos a questionar e participar.

6.2. Criança B

Caracterização da criança B

A criança B é uma criança do género masculino com 2 anos e 6 meses, diagnosticada com Trissomia 21, no *Institut für Kindes Entwicklungs Hamburg*. Após diagnóstico, foi encaminhada para Intervenção Precoce, no Instituto Christel Manske, onde realiza intervenção desde Outubro de 2016.

Nasceu com 2150 g, com o tamanho de 46 cm e 31.5 cm de perímetro cefálico. O índice de Apgar foi medido ao 5º min – 6 ao 10º min – 8 e ao 15º min – 9. A Criança B apresentou complicações pós-parto - Pneumothorax. Esteve na incubadora durante 3 semanas e não foi amamentado com leite materno. Não apresenta alergias conhecidas até à data, mas já esteve hospitalizado por quatro vezes sem data conhecida, pelas seguintes razões: pneumothorax, pollypen, bronquite e *paukenröhrchen* (acumulação de líquido nos tubos timpânicos), tendo sido submetido a cirurgia a este último problema.

Ao nível do desenvolvimento motor, a criança B controlou pela primeira vez a cabeça aos 12 meses, sentou-se aos 18 meses, rebolou aos 4 meses. Gatinhou pela primeira vez com 1 ano e 8 meses. Agarrou um objeto pela primeira vez com 1 ano e 8 meses. Até à data da aplicação da anamnese ainda não adquiriu a marcha, contudo quando alcança um objeto consegue manter-se por um tempo curto em pé.

Ao nível da comunicação e linguagem a mãe refere que este responde aos sons, e reage maioritariamente a sons graves. Comunica maioritariamente por choro e riso, lalações e

ecolalias. Apresenta dificuldades na linguagem e expressão oral. O B. apresenta dificuldades visuais, como hipermetropia usando óculos específicos que ajudam a corrigir a mesma. Além disso apresenta dificuldades auditivas.

Ao nível social reage positivamente à presença de outros, passivamente em situações sociais e quando tocado pelos outros, brinca com um adulto ou criança e mostra felicidade e satisfação. No comportamento social apresenta comportamentos repetitivos e dificuldades em reconhecer as emoções.

Apresenta maior vinculação e ligação emocional com os avós e a mãe, tendo tido a primeira lalação com 1 ano e 8 meses “baba, bá, ba”, e a primeira palavra “Mama” com 2 anos e 3 meses.

Relativamente aos hábitos pessoais a criança B apresenta um sono rítmico e regular, dormindo sozinho no seu próprio quarto aproximadamente 12 horas por noite e na casa dos avós à tarde. Quanto aos hábitos alimentares come de forma variada 4 vezes ao dia, sendo apenas o jantar realizado em família. No que respeita a autonomia, a criança B apresenta dificuldades pois não come sozinho, nem realiza a sua higiene pessoal. Continua a usar fralda e chupeta.

O B. não se encontra no infantário, sendo os avós os principais cuidadores.

Além da intervenção precoce o B. tem ainda Fisioterapia e Logopedia. Apresenta como atividades-extra “*Musikgarten*” – jardim musical, onde interage com outras crianças todos os sábados em aulas de música. Frequenta natação pontualmente aos fins-de-semana com os pais e uma vez por semana tem o “*Krabblegruppe*”, um grupo no qual os pais com crianças com T21, que residem em áreas perto de Hamburgo, se encontram pontualmente duas vezes por mês para partilhar experiências e deixar os filhos interagir e brincar. Relativamente às atividades e jogos preferidos os pais destacam, carros, bolas, jogos de encaixe em madeira/plástico e jogos que produzam sons chamativos.

A família apresenta um rendimento mensal superior a 2000 euros, revelando como despesas mensais a renda da casa, o carro e os seguros. Como prioridades familiares, além das destacadas anteriormente acrescenta-se, as necessidades alimentares, e o suporte terapêutico do filho.

A mãe da criança B ficou grávida aos 34 anos. A mesma refere ter sido uma gravidez desejada da sua parte, mas não há qualquer referência à reação do pai. A duração da gravidez foi de 34 semanas, por cesariana no hospital público. A gravidez não foi monitorizada. A mãe destaca a ocorrência anterior de um aborto e responde apenas à questão acerca da existência de complicações durante a gravidez e pós-parto com a palavra “sim”. Quando questionada se a gravidez trouxe de alguma forma mudanças na família a mãe da criança B respondeu “Tudo mudou”. Na questão de como esta se sentiu após o nascimento da criança B a mãe respondeu “triste”. A mãe da criança B teve suporte psicológico pós parto.

Na relação pais-filhos à questão de como os valores são transmitidos para a criança, a mãe da criança B referiu que os mesmos são transmitidos de igual forma à que os pais (avós da criança B) lhe transmitiram a ela. Em situações nas quais a criança B não respeita as regras dadas a mãe diz “não”. Na questão acerca da reação da criança B quando castigado a mãe respondeu “não compreende”.

A mãe da criança B refere sentir-se suportada pelos respetivos pais, (avós da criança). A criança B não tem amigos da mesma idade, mas tem contacto com crianças mais velhas. Não vai para casa dos amigos e não é convidado para atividades sociais. À questão “sente discriminação?” os pais respondem sim, mas não especificaram porquê.

Desde que o B. iniciou o processo de intervenção os pais referem quatro aspetos que melhoraram: “comunica mais por vocábulos, contacto ocular, contacto corporal, mais feliz e sorri mais socialmente”.

Os pais descrevem a criança apenas com características negativas enfatizando que o mesmo deita tudo o que se encontra ao seu alcance. Contudo relativamente ao nível de felicidade própria dos pais, estranhamente estes referem 9, bem como a mesma pontuação no que respeita a felicidade dos pais com esta criança.

Caracterização da família da criança B

Da análise realizada ao *Ecomapa* preenchido pela família é possível constatar que a família da criança B é uma família nuclear. Residem em casa 3 pessoas, a criança B a mãe e o pai. No nível 1, observam-se duas relações sem proximidade com os primos e vizinhos. Como ligações positivas e de suporte, destaca-se essencialmente a relação demarcada como muito próxima e forte com os avós da criança B. Também como

relações positivas salienta-se a conexão com os tios da criança B e os amigos dos pais da criança B. No nível 3, verificam-se apenas ligações positivas e próximas com o trabalho, pediatra, o grupo musical, *Krabbelgruppe*, lazer e tempos livres, Fisioterapia, Logopedia e Intervenção Precoce no Instituto Christel Manske.

No *Inventário das necessidades e interesses da família* preenchido apenas pela mãe, são referidos como interesses prioritários os itens “Saber mais acerca das necessidades e capacidades do meu filho”, “ter mais tempo para mim”, “divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família” e “obter mais informação de intervenção em momentos de crise”. Também considerados como interesse mas que não são neste momento prioritários encontra-se o item “encontrar amas ou *babysitters*” e “incluir o meu filho em atividades extracurriculares”, “aprendermos a resolver nós mesmos os problemas familiares encontrando soluções em conjunto” e o item “obter mais apoio para mim e para o meu companheiro”.

Identificados como necessidades prioritárias estão os itens “saber como as crianças crescem e se desenvolvem”, “aprender formas de lidar e ajudar o meu filho”, “ensinar o meu filho”, “lidar com o comportamento do meu filho”, “aprender a falar e brincar com o meu filho”, “envolver a família e os amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho”, “obter mais informações sobre cuidados médicos, alimentação, ajuda legal, brinquedos e equipamento adequado à idade”. O item “encontrar creches ou infantários” foi demarcado como necessidade mas que não constitui uma prioridade neste momento. O Inventário das necessidades e interesses da família B encontra-se disponível para consulta no Anexo X.

A *Entrevista baseada nas rotinas* apresentou uma duração de aproximadamente uma hora e meia, e foi realizada em casa da criança B apenas com a mãe.

A situação profissional da mãe (professora) e o contacto frequente desta com crianças, foi referido nesta entrevista, como um facto que alertou e incentivou a atenção/cuidado sob o desenvolvimento do filho, bem como a procura de ajuda no âmbito da Intervenção Precoce. A mesma referiu desde o início se ter apercebido das dificuldades significativas do mesmo a nível motor, fala e linguagem, que a motivou a procurar apoio no *Institut für Kindes Entwicklung Hamburg*, que após diagnóstico, encaminhou a criança para IPI no Instituto Christel Manske.

Como principais preocupações, refere a necessidade de ver o seu filho crescer feliz junto da experiência e aprendizagem dos avós; ter mais tempo para poder estar com a criança B, mas também ter tempo livre para ela. Revelou ainda o receio que tem de a mesma, nunca poder vir a falar corretamente, ou adquirir a marcha, no mesmo padrão que as outras crianças.

Na folha das rotinas a mãe falou acerca do dia-a-dia em família e de que forma este se processa identificando as rotinas seguintes:

- a) Tomam o pequeno-almoço separados. Como mãe, prepara a criança B todas as manhãs para que o marido o possa levar a casa dos avós **Nível de satisfação: 2** (o nível explica o quanto gosta do começo do dia).
- b) A Criança B não faz nada sozinho. Compreende que tem de comer, e sabe quando o vão vestir. Reconhece a rotina mas não apresenta autonomia. **Nível de satisfação: 2**
- c) Entra no local de trabalho como professora e sai apenas às 16h, exceto às quintas-feiras que regressa mais cedo para ir com a criança B à intervenção no Instituto Christel Manske. **Nível de satisfação: 3**
- d) Às 16h vai buscar a criança B aos avós, trazendo o jantar já feito. **Nível de satisfação: 4**
- e) Às 19h o marido regressa da faculdade e jantam juntos. **Nível de satisfação: 5**
- f) Brincam com a criança B, dão-lhe banho e este adormece no seu quarto **Nível de satisfação: 5**
- g) Trabalha no escritório onde prepara o trabalho para o dia seguinte. **Nível de satisfação: 3**
- h) Por volta das 24h deita-se. **Nível de satisfação: 5**

Como atividades típicas a mãe referiu que aos fins-de-semana fazem atividades de lazer juntos e frequentam o *Krabelgruppe* sempre que possível, pois esta considera uma experiência com muito significado para ambos.

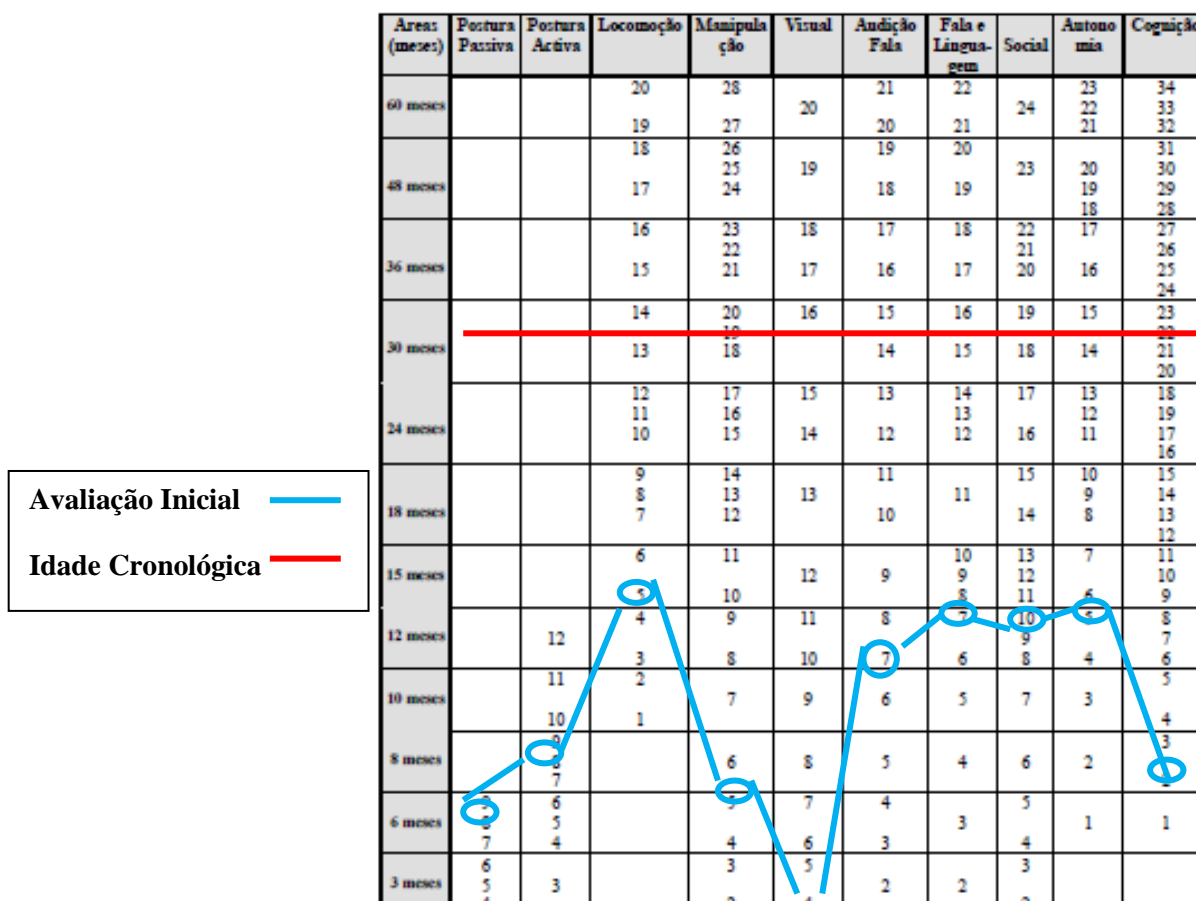
Como principal preocupação a mãe refere o facto de ter sempre de depender dos pais de forma ilimitada para que o B. possa crescer da melhor forma. Tem receio que este não desenvolva a linguagem corretamente e que a marcha seja adquirida ainda mais tarde. Como mudança que gostaria de ver acontecer salienta o facto de gostar de ter mais tempo para si sozinha, mas também para desfrutar do crescimento do filho. Além disso gostaria que este fosse mais autónomo em áreas como a alimentação e higiene pessoal.

Na lista de objetivos a trabalhar a mãe destaca por ordem de prioridade: 1) “a criança B. ser mais autónoma, conseguindo comer sozinha” 2) “A criança B. aprender a andar” 3) “A criança B. desenvolver a linguagem e dizer palavras concretas que expressem o que este quer ou sente” 4) “Ter mais tempo de lazer a sós, com o filho e o marido”.

Avaliação Inicial - Criança B

A avaliação inicial teve como base uma avaliação formal baseada na aplicação da *Schedule of Growing Skills* (SGS II). As avaliações foram realizadas quando a criança tinha 30 meses de idade. Em seguida apresenta-se a Tabela do Perfil de desenvolvimento da criança, que reúne os dados obtidos nos itens aplicados, bem como uma análise qualitativa e quantitativa da avaliação inicial organizada de acordo com os domínios do desenvolvimento. Comparemos seguidamente os resultados obtidos e averiguaremos o intervalo de diferença em comparação à pontuação esperada para a sua idade cronológica.

Tabela 9 - Perfil de cotação da criança B.



Analisando o perfil de desenvolvimento da criança, salienta-se a vermelho a linha contínua que nos indica a idade cronológica da criança B, no momento da avaliação inicial. A cor azul, podemos observar os resultados obtidos em cada domínio do desenvolvimento da criança. De um modo geral, a criança B apresenta um atraso global do desenvolvimento em todas as áreas, uma vez que estas se encontram mais de 3 intervalos abaixo da cotação para a idade esperada. Contudo em algumas Áreas a criança B obteve uma melhor pontuação do que em outras, sendo por isso importante evidenciar quais as mais fortes e as mais fracas. Verifica-se como áreas mais fortes a locomoção, e como áreas mais fracas, a manipulação, visual e cognição. As restantes áreas podemos considerar como intermédias. Analisaremos de seguida cada domínio individualmente.

Locomoção – No domínio das capacidades motoras a criança B obteve a pontuação de 5. A Criança B realizou os itens rebolar e virar-se apoiando-se sobre a barriga para se deslocar, gatinhar ou arrastar-se para trás, andar agarrado à mobília e andar seguro com ambas as mãos apoiando o peso sobre os pés. Contudo não consegue ainda andar sozinho apoiando o seu peso de forma equilibrada, não apanha um objeto do chão sem se deixar cair, não corre, e não realiza qualquer dos itens onde o pé-coxinho é solicitado. Não anda em linha colocando um pé à frente do outro, nem se mantém em equilíbrio. A criança B sobe as escadas de gatas, e até à data nunca sozinho ou com ajuda, com ou sem alternância de pés.

Nas **Capacidades manipulativas** - foi obtida a pontuação de 5. O B. consegue fletir as mãos e fechar o polegar, olha para as mãos e brinca com os dedos, junta as mãos e aperta uma contra a outra, atira deliberadamente os brinquedos ao chão, e vira páginas de um livro várias de cada vez. Apresenta dificuldades na preensão palmar, em transferir objetos de uma mão para a outra, em segurar 2 cubos e juntá-los, em realizar uma pinça nítida, virar páginas de um livro uma de cada vez e colocar pinos dentro de uma chávina ou numa tábua de encaixe em tempo determinado. Não constrói torres de cubos, com ou sem modelo de imitação. Ao nível do desenho, nenhum dos itens foi possível de realizar pois a criança B não realiza uma pinça nítida, nem consegue pegar

corretamente na caneta pelo que não consegue rabiscar sozinho, apenas com ajuda. O mesmo se repete no desenho da figura humana.

Capacidades visuais – A Criança B volta-se para a luz difusa e converge os olhos com a aproximação de um objeto, mostra-se atento e interessando por movimentos à distância. Apresenta dificuldades na fixação de um objeto a 30 cm de distância, e não foca objetos que sigam um movimento pendular. A Criança B não aponta com precisão para um objeto, não procura um objeto escondido nem olha para o local correto à procura do objeto que caiu. Não aponta para objetos distantes, não demonstra interesse em gravuras, nem reconhece detalhes em livros de figuras, não completa quadros de formas ou encaixe, não combina duas ou mais cores nem emparelha cartões de cores. Importa referir que neste domínio o teste de *Snellen* não foi realizado dado haver conhecimento prévio das dificuldades visuais da criança B e da frequência com que este é seguido pelo médico oftalmologista. A pontuação obtida neste domínio foi de 4.

Audição e Fala – Neste domínio a pontuação obtida foi de 7. A Criança B assusta-se com ruídos súbitos, olha para o local de onde a voz da mãe vem, vira a cabeça em direção à fonte sonora, mostra-se atento a sons rotineiros, compreende palavras como não/adeus, reconhece o seu próprio nome, e mostra compreender os nomes de pessoas ou objetos familiares como e.g. mama/papa/casa/água. Apresenta dificuldades em selecionar quando pedido, dois objetos específicos, apontar para partes do corpo nele ou no boneco, seguir e cumprir ordens, compreender verbos através de gravuras ou ações, compreender funções dos objetos através de gravuras, compreender negativos ou objetivos de dimensão.

Fala e Linguagem – A pontuação obtida neste domínio foi de 7. O B. faz sons guturais ocasionais, vocaliza quando satisfeito, ri e grita durante toda a brincadeira e imita sons de adultos, bem como gestos. Na linguagem expressiva comunica utilizando gestos e vocalizações e apresenta algumas lalações essencialmente compostas por vogais. Não expressa palavras com significado. Não repete palavras usadas pelos outros, mas repete lalações. Não nomeia objetos e gravuras familiares. Contudo o seu discurso, sobretudo através de gestos e emoções é maioritariamente compreendido pela mãe. A Criança B não usa palavras interrogativas, nem é capaz de manter uma conversação, não constrói frases nem explica acontecimentos.

Interação Social – Ao nível da interação social foi obtida a cotação de 9. O B. sorri, responde ao tratamento carinhoso, gosta do banho e das rotinas higiénicas, leva a maior parte dos objetos à boca (exploração oral), mostra-se irritado quando frustrado, faz gracinhas e acena adeus e explora os objetos ao seu redor. Contudo não imita atividades simples da vida diária nem mostra um comportamento rebelde quando contrariado. Não brinca com as outras crianças com facilidade, nem partilha brinquedos, não se mostra preocupado com irmãos e amigos, nem os conforta. No domínio do jogo, abana um objeto para obter um som e brinca sozinho perto de uma pessoa familiar. Tem dificuldades em encontrar objetos parcialmente escondidos. Não explora as propriedades dos brinquedos e objetos que lhe interessem nem brinca com estes de forma habilidosa, não chuta uma bola nem a atira com a mão sobre a cabeça. Não aguarda a sua vez no jogo, nem participa em jogos de cooperação, imaginação ou de cumprimento de regras.

Autonomia – Ao nível da autonomia obteve-se a pontuação de 5. Segura no biberão quando alimentado, segura, morde e mastiga uma bolacha sem dificuldade, bebe por um copo adequado sem ajuda, segura na colher mas não se alimenta. Normalmente dá sinal, chorando e contorcendo-se quando está molhado ou com fezes. Contudo o B. não come sozinho, nem agarra a colher para se alimentar, não antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações, não se mantém seco durante o dia, nem verbaliza a necessidade de ir à casa de banho, não lava nem seca as mãos sozinho, e não se veste sozinho.

Cognição – No domínio cognitivo a pontuação obtida foi de 2, sendo os únicos itens que realiza “observar o objeto que cai mas não o procura no chão” e “mostrar-se atento e interessado por movimentos à distância”.

Objetivos de intervenção da criança B

De seguida, serão apresentados os objetivos de intervenção delineados, tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento. Os objetivos foram trabalhados ao longo das sessões individuais realizadas com a criança B. À frente de cada objetivo com a letra (V) encontram-se os objetivos que foram alcançados durante o processo de intervenção.

MOTRICIDADE GLOBAL

Objetivo Específico: Desenvolver os padrões motores básicos.

Objetivos comportamentais:

- Ser capaz de sustentar o peso nos membros inferiores (V)
- Colocar-se de pé e permanecer por alguns instantes agarrado a um objeto ou pessoa (V)
- Andar sozinho com os pés afastados mantendo o equilíbrio, sem ajuda (V)
- Apanhar um objeto do chão sem cair, no final da sessão perante a atividade de arrumação (V)
- Ser capaz de saltar e elevar ambos os pés do chão
- Dar pelo menos um salto ao pé-coxinho
- Numa linha reta, previamente assinalada, ser capaz de dar no mínimo 3 passos colocando o pé um à frente do outro
- Permanecer por poucos segundos em equilíbrio, em cada um dos pés
- Subir e descer as escadas, no caminho para a sessão e de regresso a casa com a mão segura de alguém familiar e com confiança sem alternância de pés (V)
- Subir e descer as escadas com alternância de pés
- Ser capaz de empurrar e manusear um objeto corretamente, sem o atirar (V)
- Chutar uma bola e atirá-la por cima da cabeça (V)

MOTRICIDADE FINA

Objetivo Específico: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

- Desenvolver a capacidade de preensão palmar (V)
- Pegar num objeto realizando uma pinça inferior (V)
- Ser capaz de transferir objetos de uma mão para a outra (V)
- Observar livros virando uma página de cada vez (V)
- Colocar 10 bolas de milho num copo de plástico em tempo determinado (30 segundos) (V)
- Colocar 8 pinos de plástico numa tábua de encaixe em tempo determinado (30 segundos)

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades visuais

- Fixar um objeto que lhe é mostrado balançando num ângulo específico (90° e 180°) (V)

COGNITIVO

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades cognitivas.

- Juntar e agrupar dois cubos de madeira/legos (V)
- Construir torres de cubos com legos de diferentes cores e formas (até 6 cubos), com e sem modelo de imitação (V)
- Demonstrar interesse em gravuras ou figuras, através da observação de livros coloridos (V)
- Reconhecer pequenos detalhes em livros (V)
- Completar jogos de encaixe de madeira ou plástico com diferentes formas e figuras (V)
- Combinar 4/2 cores através do jogo das cores (V)
- Apontar com o indicador com precisão para um objeto, com o qual quer brincar (V)
- Procurar um objeto que cai ao chão e um objeto escondido (V)
- Apontar para objetos distantes, que lhe são familiares e deseja (V)
- Ser capaz de numa folha em branco ou no quadro mágico, desenhar a figura humana com pelo menos dois dos detalhes apresentados (cabeça, olhos, boca, nariz, tronco, braços, pernas, mãos e pés)
- Desenhar por imitação figuras simples, em folha ou no quadro mágico como e.g. (rabisco circular ou linha vertical) (V)
- Partilhar brinquedos com alguém familiar (V)
- Explorar as propriedades e funções dos brinquedos (V)
- Demonstrar interesse e preocupação pelas reações dos colegas/amigos/familiares com quem brinca

AUDIÇÃO, COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM

Objetivo Específico: Desenvolver a comunicação recetiva, a compreensão auditiva e a linguagem expressiva.

Objetivos comportamentais:

- Responder verbalmente à voz quando o chamam (V)
- Apontar diferentes partes do corpo nele próprio e no boneco de peluche (V)
- Apontar por meio de cartões com imagens, preposições básicas como e.g. (baixo, cima, atrás, frente)
- Apontar adjetivos relacionados com questões dimensionais como e.g. (maior, menor)
- Usar, pelo menos uma palavra com significado (V)
- Palrar com entoação e de forma contínua (V)
- Ouvir e reconhecer canções infantis (V)
- Apontar por meio de imagens/cartões com ações verbais, verbos que lhe são mostrados
- Apontar as funções dos objetos por meio de imagens/figuras
- Apontar por meio de figuras/imagens questões de negação como e.g. (qual dos carros não é amarelo?)
- Cumprir ordens complexas com 3 instruções

INTERAÇÃO SOCIAL

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de interação social e de jogo.

Objetivos comportamentais:

- Reconhecer emoções básicas como e.g. (triste, feliz, divertido, irritado) (V)
- Cooperar de forma ativa com quem interage, e com imaginação respeitando as regras das atividades que lhe são propostas

AUTONOMIA

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de autonomia.

Objetivos comportamentais:

- Antecipar as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações (V)
- Comer com a colher, o garfo e faca de forma autónoma e sem ajuda (V)

- Beber por um copo normal, colocando-o de volta na mesa sem ajuda (V)
- Lavar e secar as mãos com ajuda
- Vestir pelo menos uma peça de roupa sozinho
- Verbalizar a necessidade de ir à casa de banho e deixar de usar a fralda

Organização e tipologia das Sessões

Foram realizadas na totalidade 25 sessões, tendo sido estipuladas à partida 30, não tendo sido as restantes concretizadas por motivos de doença da criança, férias ou feriados municipais. O planeamento das sessões foi feito mensalmente, sendo atribuído a cada mês, uma temática e foi elaborado de acordo com as necessidades e interesses da criança.

Encontra-se de seguida o Gráfico que ilustra a distribuição do processo de Intervenção realizado de Outubro a Maio.

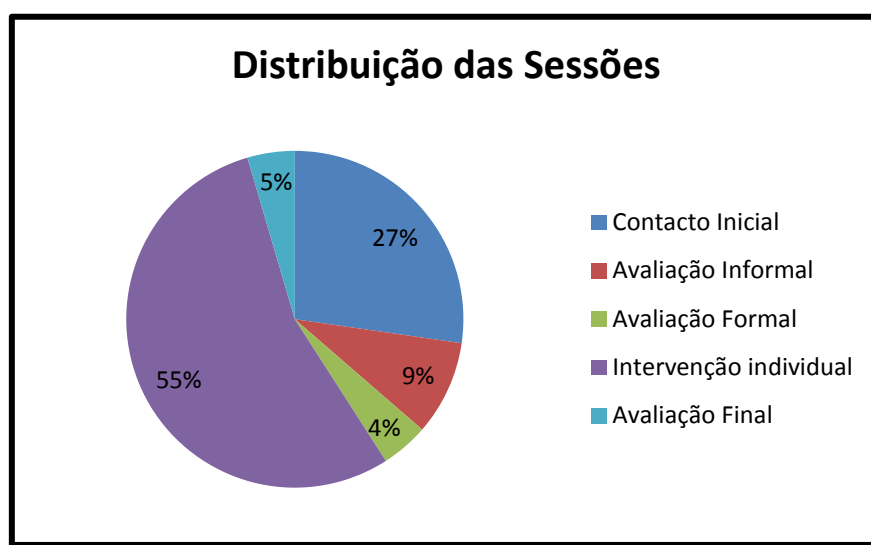


Gráfico 2 – Distribuição das Sessões da criança B.

Tipologia das Sessões

As sessões da criança B apresentaram durante todo o processo de intervenção uma estrutura idêntica de forma a criar uma rotina que o fizesse sentir estável e seguro durante as sessões. No Anexo XII apresenta-se um exemplo tipo de um planeamento de intervenção. Apresenta-se de seguida a tabela que resume a tipologia usual das sessões.

Tabela 10 - Tipologia das sessões da criança B.

Ritual de Entrada	Contacto Inicial e Cumprimento
Ativação Geral	Atividade de aquecimento geral através da mobilização de membros e articulações
Corpo de Sessão	Realização de atividades que vão de encontro aos objetivos estipulados
Retorno à calma	Atividade de relaxação que possibilite o acesso à calma e passividade
Ritual de saída	Feedback da sessão e música de despedida “Ja das hast du gut gemacht!”

Estratégias utilizadas durante a Intervenção

A Criança B foi uma criança que constituiu para mim o desafio mais motivador mas também mais desgastante. Houve necessidade de um maior tempo de contacto inicial (Outubro a meados de Novembro) e da presença da mãe nas sessões iniciais, pela insegurança sentida da parte do mesmo.

O facto de a interação social apresentar bastantes dificuldades e de a criança B não permanecer facilmente junto de pessoas que não lhe são chegadas dificultou o processo inicial. Uma das estratégias que utilizei foi levar para a sessão um boião de fruta e ser o estímulo para ele ficar na sala. O B não apresentava qualquer contacto ocular, nem qualquer reflexo, bem como nenhum padrão motor adquirido. Retraía-se sempre que alguém tentava interagir com ele. Os primeiros dois meses de intervenção basearam-se apenas no estabelecimento de uma relação, e mais tarde, onde com todos os objetos adequados às necessidades e capacidades da criança B, juntamente com estímulos sonoros se procurou atingir o contacto ocular.

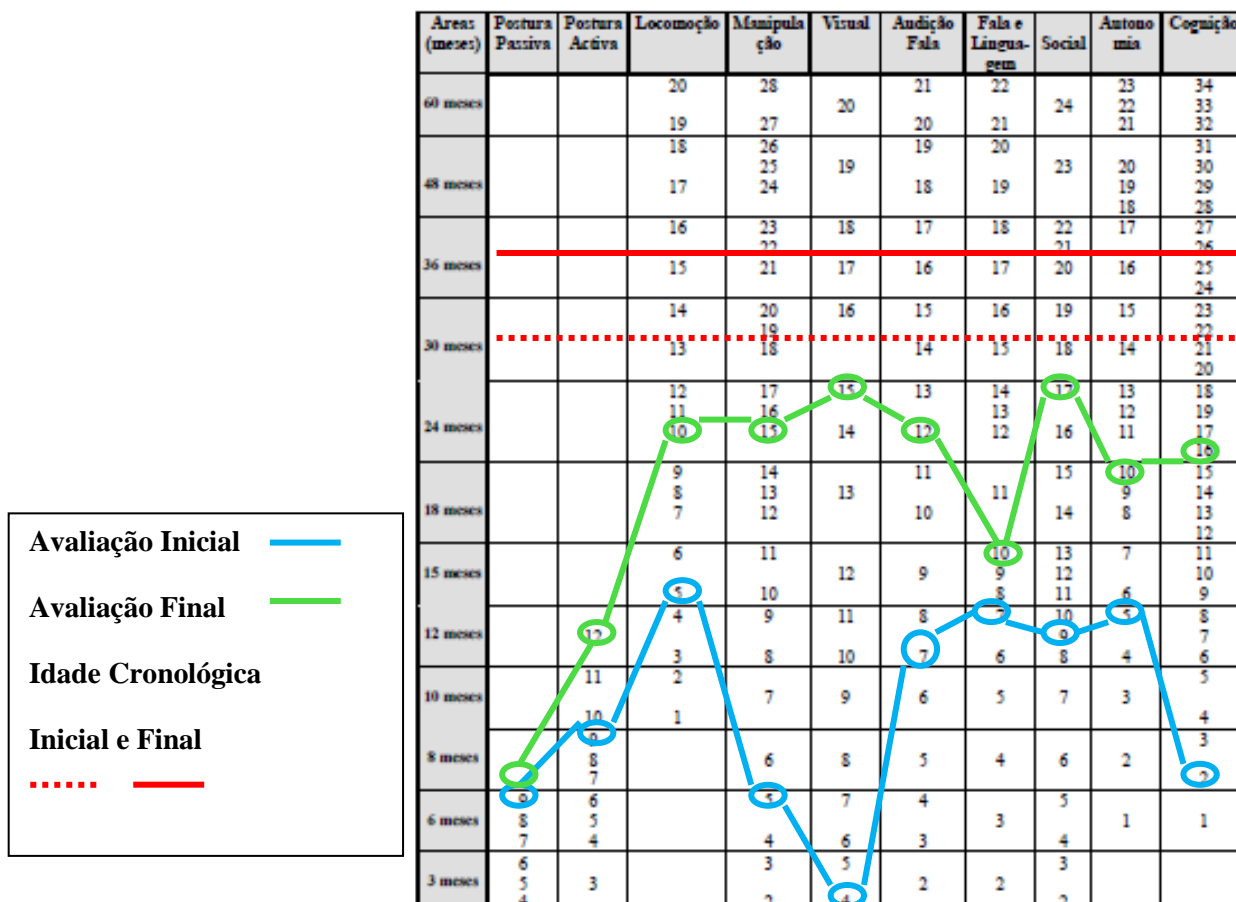
Após o contacto ocular ter sido estabelecido, começaram a ser trabalhados os objetivos inicialmente delineados dividindo-se o trabalho entre atividades motoras realizadas na sala e atividades de mesa onde se procurou estimular a manipulação, a fala e a linguagem.

Avaliação Final – Balanço da Intervenção

Analisando o Perfil de Desenvolvimento da criança B podemos observar que as diferenças entre a avaliação inicial e final são bastante notórias em todos os domínios avaliados. A linha verde apresenta a avaliação final e a azul a avaliação inicial. Tal como anteriormente são apresentadas também, a cor vermelha, as linhas referentes a ambas as idades cronológicas quando a avaliação inicial e final.

Os domínios da Locomoção, manipulação, capacidades visuais, audição e fala e interação social encontram-se agora apenas um intervalo abaixo da idade cronológica atual com as pontuações atuais respetivas de 10, 15, 15, 12 e 17. Com a cotação de 10, apresentam-se a autonomia onde a criança B se encontra em primeiro caso dois intervalos abaixo do esperado, e em segundo caso apenas um intervalo abaixo do esperado. O domínio da fala e linguagem apresentam apenas 1 intervalo de diferença quando comparamos a avaliação inicial e a avaliação final. Na cognição surge uma diferença significativa de 2 pontos para 16.

Tabela 11 - Balanço final do Perfil de desenvolvimento da criança B.



Após 6 meses de Intervenção, é possível detetar diferenças significativas, tal como referido anteriormente em todos os domínios, em estudo.

No domínio da Motricidade Global, a criança B conseguiu atingir os objetivos delineados como “subir e descer escadas sem alternância de pés, agarrado ao corrimão ou com pequena ajuda”, “apoiar todo o peso nos membros inferiores”, “pôr-se de pé junto à mobília”, “andar sozinho com os pés afastados”, “empurrar e manusear um objeto de forma habilidosa” e “chutar uma bola e atirá-la por cima da cabeça”. Ao nível da motricidade fina a criança B, conseguiu desenvolver capacidades manipulativas como “imitar figuras simples como rabiscos circulares ou verticais”. Desenvolveu a capacidade de preensão palmar, consegue agora pegar num objeto realizando uma pinça inferior, transfere objetos de uma mão para a outra, junta dois cubos e agrupa-os, constrói torres de cubos, vira páginas de um livro, uma de cada vez e “coloca 10 pinos numa chávena em 30 segundos”.

Ao nível visual, a criança B fixa um objetivo que balança num ângulo específico (90° e 180°), aponta com o indicador com precisão para um objeto, procura um objeto que cai e um objeto escondido, aponta para objetos distantes, demonstra interesse em gravuras/figuras, reconhece detalhes em livros, completa jogos de encaixe com diferentes formas/figuras e combina 4 cores.

No que respeita a fala e a linguagem, responde à voz verbal quando chamado, aponta para diferentes partes do corpo nele próprio e no boneco, usa pelo menos 5 palavras com significado, palavra de forma contínua, reconhece canções infantis. Contudo não compreende verbos, nem questões de negação ou instruções complexas. Ao nível da interação social, a criança B partilha brinquedos e explora as suas propriedades. Ao nível da autonomia, antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações, come com a colher, garfo e faca de forma autónoma e bebe sozinho por um copo normal. Ainda assim não se veste sozinho nem realiza a sua higiene pessoal.

Posteriormente segue-se um quadro com o resumo das áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início e no final da intervenção, com base na aplicação de escala SGSII.

Tabela 12 – Comparação entre as áreas fortes, intermédias e fracas na Avaliação Inicial e Final (SGSII) da criança B.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Áreas + fortes	Locomoção	Visual, manipulação, audição e fala, cognição, Locomoção, Interação Social
Áreas intermédias	Audição e fala, interação social, Autonomia, Fala e linguagem	Autonomia
Áreas + fracas	Manipulação, Visual, e cognição	Fala e linguagem

Analizando novamente as áreas fortes, fracas e intermédias da criança B após o processo de intervenção, verifica-se que de acordo com a idade atual da criança B o domínio da Fala e Linguagem não revelou uma subida significativa. Contudo áreas como a manipulação, a audição e fala, a locomoção, visual e interação social revelaram uma diferença significativa passando a ser consideradas áreas fortes. Como área intermédia encontra-se agora a autonomia, dado a criança B não realizar determinados itens sozinho, contudo apresenta indícios de o querer fazer.

Após observados os resultados obtidos, considerou-se importante, analisar o conjunto de objetivos concretizados e os não concretizados ao longo da intervenção. Dos 52 objetivos estipulados, 34 foram concretizados e os restantes ainda não foram alcançados pela criança. No domínio Motricidade global foram alcançados 7 objetivos dos 12 estipulados. No domínio Motricidade Fina foram alcançados 6 objetivos dos 7 estipulados. No domínio Cognição foram alcançados 12 objetivos dos 14 estipulados. No domínio Audição, comunicação e linguagem foram alcançados 5 objetivos dos 11 estipulados. No domínio da interação social foi alcançado 1 objetivo dos 2 estipulados e por fim ao nível da Autonomia foram alcançados 3 dos 6 estipulados.

7. Análise dos Resultados

Neste ponto procuraremos interligar a informação decorrente da observação informal, os resultados obtidos através dos instrumentos aplicados realizando uma reflexão e

balanço acerca da intervenção realizada com ambas as crianças, com T21 apoiadas no decorrer deste estágio.

O facto da criança A ter iniciado o processo de acompanhamento em IPI desde os 8 meses de idade, constituiu uma evidência da importância deste tipo de acompanhamento. Assim parece ser claro que a progressão das aquisições nos vários domínios do desenvolvimento não se deve exclusivamente ao processo de maturação mas ao trabalho desenvolvido no âmbito da IPI aliada à preocupação, motivação, interesse e participação dos pais. Tal como Fidler (2005) e Mahoney (2007) referem, o envolvimento parental é crucial na intervenção, dado que potencia melhores resultados nomeadamente através do contacto e da relação aberta com os pais que permitiu uma troca regular e sistemática de informações e opiniões relativas às aquisições e atividades realizadas no domicílio, fornecendo pistas e dicas aos pais relativamente ao caminho mais adequado a seguir.

Ainda que a criança A tenha sido fruto de uma gravidez indesejada, é de notar a dedicação de ambos os pais, a preocupação e a felicidade que estes demonstram com a mesma.

Como refere Gundersen (2007) as crianças com T21, apresentam frequentemente problemas de saúde de diversa ordem como problemas cardiovasculares, respiratórios, visão e audição. Também a criança A, apresenta de acordo com as informações retiradas da anamnese, problemas visuais, sendo muito importante a sua vigilância e tratamento para reduzir o impacto no processo de desenvolvimento.

A criança A. adquiriu as tarefas de seguida apresentadas, de forma tardia, como: construir torres de cubos (36 meses), verbalizar palavras com significado (18 meses) e fazer frases de duas ou mais palavras (40 meses), sendo esta última habilidade adquirida nos últimos meses de intervenção realizados.

A aquisição destas habilidades, tardiamente, corroboram os dados apresentados na fundamentação teórica, quando apresentada a tabela comparativa das aquisições desenvolvimentais entre crianças com desenvolvimento normal e crianças com T21, explicando que sobretudo os marcos a nível motor, fala e linguagem, social e autonomia são adquiridos nestas últimas crianças significativamente tarde. As dificuldades ao nível da fala e linguagem, tal como referido por Buckley (1993), apresentam um impacto

direto e significativo ao nível da aprendizagem e comunicação, domínios estes essenciais ao desenvolvimento da vida da criança.

O comportamento persistente descrito pelos pais na Anamnese revelou-se também nesta criança, através do interesse único e excessivo demonstrado por uma atividade em particular, a temática “carros”, tornando difícil a tarefa de o descentrar e captar o seu interesse por outras atividades ou temas. Os interesses específicos do mesmo foram evidentes no início da Intervenção.

Por outro lado e tal como referido também na Anamnese, o facto de a criança não ser convidada para festas de aniversário e eventos sociais bem como a relação conflituosa (descrita no *Ecomapa*) com os vizinhos, tios, primos e avós fornece-nos alguns indicadores que podem ajudar a explicar as dificuldades no domínio da interação social.

Tal como observado e já explicado anteriormente, e relacionado com a criança A em particular, verifica-se que após o processo de intervenção e análise do perfil de desenvolvimento, que a interação social foi o único domínio que manteve a sua posição, ainda que com uma ligeira subida, que é explicada provavelmente pelo crescimento maturacional da criança e não pelos frutos da intervenção realizada. Teria sido totalmente do meu interesse, a realização de sessões em grupo e o trabalho neste domínio, contudo a impossibilidade de horários dos pais, entre os pais das outras crianças, e do próprio Instituto não o permitiram. Desta forma, aconselhei os pais, a participar em ações como os chamados “*Krabelgruppe*”, aos fins-de-semana, que permitissem à criança a interação social com outras crianças, fora do contexto familiar restrito.

Reforça-se ainda, que o A. frequenta além da Intervenção Precoce, Fisioterapia, Ergoterapia e Logopedia, e ainda atividades diversas com os pais em Hannover, local onde reside. Além disso permanece todos os dias mais uma hora no infantário e criou ligações positivas com os colegas. Os pais enfatizam ainda, aspetos positivos, já referidos anteriormente, pelo impacto que a intervenção precoce trouxe ao desenvolvimento da criança, sobretudo no domínio da linguagem, permitindo a esta expressar-se mais facilmente, com um léxico maior de palavras.

Os instrumentos aplicados aos pais mostram-nos que as principais preocupações dos mesmos, passam pela incapacidade monetária de proporcionar-lhe o melhor futuro tal

como aos restantes irmãos de idades superiores e o de demonstrar à restante família a importância da criança ser aceite.

Neste campo, respeitante às mudanças que os pais gostariam de ver realizadas, referidas na entrevista baseada nas rotinas, apenas a questão da ligação e aceitação da parte da família (tios e avós), não foi alterada de forma positiva, i.e. a ligação conflituosa mantêm-se. Relativamente às rotinas os pais mostraram-se satisfeitos, mas gostariam de integrar a criança de forma mais significativa na sociedade e na família de ambos os lados.

No caso da criança B, esta iniciou a intervenção no Instituto em Outubro de 2016 com aproximadamente 2 anos e meio de idade, i.e. comparativamente tarde em relação à criança A. As diferenças no desenvolvimento quando comparado com a criança A eram notórias. A falta de reflexos e de contacto ocular constituiu um objetivo prioritário a ser trabalhado muito antes de a intervenção ter sido planeada.

Contrariamente à criança anterior, o B. é fruto de uma gravidez desejada, contudo não monitorizada. Os pais revelam que com o nascimento do mesmo, foram várias as alterações, sendo de reforçar o sentimento de “tristeza” descrito pela mãe na Anamnese após o seu nascimento. A mesma teve apoio psicológico pós-parto, e antes do nascimento do B. já tinha realizado um aborto.

A criança B apresenta problemas cardiovasculares, ao nível da visão e da audição, referidos pelos pais na Anamnese, contudo é acompanhado clinicamente de forma periódica. Estes problemas explicam os diferentes internamentos, descritos na Anamnese e a importante monitorização do seu estado de saúde.

Nos diferentes marcos desenvolvimentais foram visíveis os atrasos significativos quando comparamos com a tabela da Associação Olhar, já referida anteriormente, e apresentada na fundamentação teórica. A Criança B controlou pela primeira vez a cabeça aos 12 meses, sentou-se aos 18 meses e virou o corpo aos 4 meses. Marcos estes que usualmente surgem entre 1-4 meses e 5-9 meses. Agarrou o primeiro objeto com 1 ano e 8 meses em vez dos 2-6 meses, que é a idade usual estipulada. Até à data da aplicação da Anamnese e do começo da intervenção a criança B não andava nem falava. Os marcos desenvolvimentais como a primeira palavra e a marcha surgiram no contexto da intervenção realizada neste Instituto, sob a base do método *Lesefibel*.

No domínio da interação social a criança B apresenta contacto com outras crianças, e frequenta mensalmente um *Krabelgruppe*, facto que explica a sua aceitação de outras crianças de forma mais aberta, e o impacto na interação social. A partilha de brinquedos é algo de que esta é capaz e a sua manipulação melhorou de forma significativa após o processo de intervenção. As dificuldades de autonomia, referidas na Anamnese e destacadas pela mãe também na entrevista baseada nas rotinas, melhoraram significativamente, ainda que o domínio da Autonomia se tenha mantido como área intermédia da avaliação inicial para a final. O B. é agora capaz, após o processo de intervenção, comer e beber sem ajuda, repondo os talheres e o copo na mesa e não atirando nada ao chão. Importa reforçar esta última atitude descrita pelos pais na anamnese como “atira tudo para o chão”, foi o único aspeto negativo ressaltado pelos pais. Os mesmos não referiram qualquer aspeto positivo acerca do B.

Comparativamente à família A, a família B não apresenta qualquer relação conflituosa no Ecomapa. É de destacar a ligação demarcada de forma positiva e importante com os avós, dado ser os mesmos que cuidam e ficam com a criança B durante a semana. Os receios que a mãe apresentou na Entrevista baseada nas rotinas, como o receio em que a criança B não adquirisse a marcha e não pudesse vir a falar corretamente foram de alguma forma ultrapassados. A Criança B é agora uma criança mais ativa, comunicativa, com contacto ocular, é capaz de brincar de forma habilidosa sem atirar abusivamente todos os objetos para o chão, adquiriu a marcha, apresenta um léxico com mais de 5 palavras, sorri abertamente e mostra-se mais atento ao que o rodeia.

Ainda que a criança A e a B tenham revelado resultados positivos significativos desde o início da intervenção é importante e fundamental que o trabalho tenha continuidade, e que seja feito de forma a proporcionar a ambos o melhor futuro, onde os pais possam contar sempre com o apoio dos profissionais e que deem continuidade ao trabalho feito do Instituto, no contexto domiciliário.

De referir ainda, no Inventário das necessidades e interesses da família, os pais de ambas as crianças revelaram como interesses de cariz prioritário um item em comum “obter mais informação sobre intervenção em momentos de crise”, o que comprova de alguma forma a ideologia salientada por Gomes & Marinho (2010) e por Ellis et al. (2002), quando referem ser os itens de obtenção de informação aqueles que surgem no primeiro lugar como uma necessidade ou interesse, referida pelos pais em geral.

Importa referir que dos instrumentos aplicados aos pais não foi de todo possível, dado o tempo curto e a necessidade de realizar outras atividades, a conceção de um Plano individual de Intervenção Precoce (PIIP). Apesar de não termos conseguido criar um PIIP, importa destacar a proximidade da família, o trabalho e a motivação dos pais, que em muito contribuiu para o sucesso do processo de intervenção. Sendo o objetivo maior da avaliação das famílias ir de acordo às práticas recomendadas, senti que a identificação no contexto familiar de determinados aspetos foi fulcral para permitir esta aproximação, e ajudar de forma indireta os pais a ultrapassar as suas preocupações, e a torna-los ativos no desenvolvimento uníssono da criança.

8. Atividades complementares

Ao longo do estágio foram realizadas algumas atividades complementares de formação, nomeadamente:

- 1) Integração na realização de um Seminário a pais de crianças com T21, onde foi apresentado o trabalho do Instituto, o método e dadas dicas práticas de como agir enquanto pais, incentivando a relação com os profissionais do Instituto bem como a importância do trabalho realizado.
- 2) Elaboração de um livro, juntamente com a Diretora-técnica do Instituto acerca de conceitos matemáticos na 1ª infância especificamente pensado para crianças com T21.
- 3) Realização de intervenção, além dos dois casos em estudo, com mais seis crianças, de diferentes idades, diagnosticadas com T21 de faixas etárias distintas.
- 4) Criação de diferentes materiais inovadores e criativos deixados no Instituto para trabalho futuro. As imagens dos respetivos materiais construídos encontram-se no Anexo XIII para consulta.

9. Dificuldades e Limitações

Como em todos os processos de intervenção e experiências que ocorrem, vivemos dificuldades e limitações sob as quais importa refletir com o intuito de obter um balanço positivo do que foi feito.

Foi para mim uma limitação inicial a língua. Apercebi-me desde cedo das dificuldades que iria passar, mesmo depois dos cursos intensivos que fiz em Lisboa e em Hamburgo, pois lidarmos na prática com situações reais onde necessitamos de um vocabulário específico e apropriado à nossa área, enquanto psicomotricista, num outro país é um percurso longo e em constante evolução que difere totalmente do conforto do nosso lar. Ainda assim o tamanho do desafio e a força de vontade superaram em tudo aquilo que eu nunca pensei atingir.

A indisponibilidade e a falta de tempo da parte dos pais foi uma limitação sentida inicialmente que dificultou o meu processo de avaliação, mas que rapidamente foram encontradas soluções para colmatar as dificuldades sentidas. Os pais mostraram-se sempre flexíveis, e abertos a novidades e novos processos, e interessados no meu trabalho e nas regalias e vantagens que eu poderia trazer para o Instituto.

Como última limitação, fica a dificuldade no estabelecimento de uma relação profissional com outros profissionais que realizam terapias com as duas crianças em estudo. Senti falta de saber mais acerca do que ambas as crianças em outras sessões de terapia realizaram, o que fizeram ou já adquiriram. Dado ambas viverem fora de Hamburgo, foi para mim impossível encontrar uma possibilidade de me reunir com outros técnicos e realizar um Plano Individual de Intervenção, tal como explicado anteriormente. Ainda assim, o contacto regular e positivo mantido com os pais permitiu-me estar a par das progressões de ambas as crianças nas diferentes áreas de terapia que frequentavam, possibilitando ainda que indiretamente, regulamentar a minha sessão de acordo com o que os outros profissionais faziam ou compensando aquilo que não foi feito. Foi para mim também uma limitação não poder trabalhar o domínio social, particularmente no caso da primeira criança, dada a impossibilidade de horários dos pais, entre os outros pais e do próprio Instituto, tal como referido anteriormente.

Além disso, a priorização no domínio cognitivo e da linguagem, e o foco de intervenção maioritariamente no método “*Lesefibel*”, originou um desafio desde o início, pela necessidade em integrar a componente motora dentro dos planos de sessão, não fugindo às regras e ideias estabelecidas pelo Instituto, dado este reger-se, como referido, por um método específico de ensino da linguagem às crianças com T21 sendo por isso esta a área mais trabalhada e o foco principal do Instituto.

Também como dificuldade sentida, é de referir ainda a organização da informação na entrevista baseada nas rotinas dado ambas terem sido realizadas no mesmo dia em alemão, e ter sido um desafio para mim enquanto psicomotricista entrar no ambiente da família, em casa, e obter informações acerca das rotinas e da importância que estas apresentam, e mais tarde fazer a tradução e organização da informação por partes, e de forma perceptível.

Por fim, e tal como referido no capítulo do contexto funcional, o Instituto Christel Manske funciona segundo uma linha psicoterapêutica e pedagógica. O papel do técnico aqui passa por, após a visão clínica do médico psicoterapeuta Hans Kowerk que trabalha em co-parceria com o Instituto, regular o processo interventivo delineando os objetivos e intervindo de acordo com as necessidades e interesses da criança. Importa referir que o facto de o Instituto não fazer a aplicação de instrumentos de avaliação, foi para uma dificuldade inicial, dado o trabalho comparativo a que estava habituada em Portugal, pelas experiências que realizei. O cariz privado do Instituto, e o método inovador que este trabalha, implica que os pais paguem a totalidade da Terapia, não havendo comparticipação da parte do Estado. Desta forma, quero com isto exprimir que o trabalho espontâneo realizado bem como a individualidade de cada sessão constituíram para mim uma surpresa e uma desvantagem inicial, pela necessidade de adaptação.

Considero que de alguma forma a nível interventivo, Portugal apresenta uma organização diferenciada, pelo número de métodos e instrumentos que apresentamos e traduzimos ao longo dos anos, sob os quais trabalhamos incessantemente na avaliação em prol da criança. Especialmente neste Instituto, e pela experiência que adquiri, senti sobretudo, que tudo o que fazemos parte imenso daquilo que diretamente observamos, com base numa metodologia psicoterapêutica e pedagógica. De certa forma, o método “*Lesebibel*” é a base do Instituto com foco essencial na linguagem. Ainda assim, da experiência e do trabalho na área da Psicomotricidade em si, todos sabemos que trabalhar de forma isolada, não é de todo um lema. Desta forma seria para mim um desejo futuro, combinar as duas formas de trabalho, e tornar este método inovador, ainda mais capaz de responder às necessidades e interesses destas crianças.

Ainda que com algumas limitações e dificuldades sentidas foi para mim fulcral a identificação das mesmas de forma a encontrar soluções que me permitissem ultrapassá-las.

Conclusão

“A criança que aprende, e que se torna consciente do eu e do outro nunca pode ser considerada uma criança com deficiência. A sociedade, não quer não aceita e não está preparada para estas crianças. Cabe-nos a nós, terapeutas, oferecer a possibilidade no meio deste ambiente em fazer a diferença, dar-lhes sentido e proteção. As crianças são uma oportunidade para nós, pela forma como nos fazem recuar e rever o nosso próprio desenvolvimento, e pelo ganho de nos fazerem ver com olhos diferentes e nos permitirem encontrarmo-nos a nós mesmos, uma outra vez ”

(Manske, 2011 in *Das Down Syndrom: Begabte Kinder im Unterricht*, p.15.)

O estágio profissional que realizei, no âmbito da Intervenção Precoce em Hamburgo na Alemanha foi para mim um desafio e uma experiência enriquecedora e gratificante quer a nível pessoal quer profissional. Depositar os conhecimentos que adquiri nos anos anteriores enquanto estudante numa cultura e num país regido por normas, métodos e formas de trabalho diferentes, foi para mim a maior dificuldade mas também o maior desafio.

Compreendi que nada é impossível quando queremos e trabalhamos em prol de um único objetivo: ver o trabalho realizado e observar a evolução da criança em estudo, contribuindo para a melhor qualidade de vida e aprendizagem da mesma.

Aprendi que identificar as necessidades da criança e da família, delinear objetivos e seleccionar o que temos disponível para intervir permite ultrapassar e atingir respostas concretas e efetivas.

A consciência da importância da Intervenção Precoce em crianças com T21 ganhou para mim um lugar ainda maior na minha área profissional. Observar as diferenças em crianças que foram acompanhadas desde tão cedo no âmbito do Instituto, para crianças acompanhadas mais tarde, fez-me perceber enquanto profissional a importância de agirmos e motivarmos os pais a agir também, a procurar ajuda e intervenção o mais cedo possível. Compreender quais as dificuldades e preocupações da família constituiu para mim o maior interesse, sobretudo por ser um país diferente com vivências e aprendizagens distintas de criança para criança. A ligação positiva com os pais e a rápida adaptação enquanto profissional foi para mim uma experiência inesquecível. O contacto estabelecido com cada uma das famílias permitiu-me constatar a unicidade de cada uma delas com distintas formas de agir, culturais, de rotinas e hábitos.

A minha evolução durante os 8 meses de estágio que realizei fora da Europa ensinou-me também a adotar uma postura diferente enquanto técnica, na capacidade e necessidade de me adaptar enquanto pessoa, técnica e profissional a cada criança, às suas especificidades, limitações e dificuldades. As diferentes experiências que realizei, além dos casos em estudo, trouxeram-me inúmeras vantagens futuras.

A partilha dos métodos que eu já tinha adquirido, que em muito contribuíram para o instituto, o conhecimento e aprendizagem de outros em específico bem como a nova forma de viver agir e trabalhar na área da Intervenção, ainda que na Europa mas num contexto e cultura de alguma forma diferente, foram para mim pontos cruciais que retiro da experiência que realizei.

A intervenção realizada em específico com os dois casos de estudo com idades distintas e problemáticas apresentou um impacto não só ao nível da criança, mas também a nível familiar e no Instituto. Os pais reconhecem agora a importância de uma intervenção pensada para a criança, que precisa ser encaixada nas rotinas diárias e trabalhada no seio familiar, bem como a importância da recolha intensiva de todas as informações que lhes solicitei, quer indiretamente, ou diretamente pela aplicação dos referidos instrumentos.

Para o Instituto, penso que o impacto foi evidente, denoto o carinho e a confiança que os pais depositaram em mim, e sobretudo o foco da Diretora-técnica e a constante alimentação da minha formação.

Ao nível das competências pessoais, adquiri uma daquelas que sempre me faltou, a paciência. Saber esperar pelo momento certo, foi algo que fui obrigada a aprender. Seja o momento certo, de falar mais e adquirir competências linguísticas superiores, de criar uma ligação com os pais, com a criança ou de a ver atingir algo por que esperei e trabalhei para tal. As competências relacionais foram para mim aquelas onde denoto um maior crescimento, sobretudo pelo contacto com uma nova cultura com ideias e hábitos específicos e com as crianças em si. Quanto às competências instrumentais, a nível científico e metodológico, considero hoje ser mais capaz de refletir de forma multidisciplinar. Contribuí na implementação de novos conhecimentos e práticas, no desenvolvimento de novas perspetivas, e criei em conjunto com a Diretora-técnica do Instituto um livro a ser publicado em Junho de 2018, sobre competências cognitivas matemáticas para crianças com Trissomia 21.

O estágio facilitou-me o contacto e o acesso à comunidade, a ligação direta aos pais, à criança, e à Psicomotricidade em si como área profissional, permitindo-me a inserção no mercado de trabalho e o ganho de competências aos mais diversos níveis,

nomeadamente no desenvolvimento de um perfil intraindividual e na relação com outros profissionais e com a comunidade. A aquisição de competências anteriores, aliadas aos conceitos aqui aprendidos e às características de adaptação, proporcionaram-me um contrato de trabalho, desde Outubro de 2017, onde ainda me encontro atualmente. Tenho noção, do tamanho desafio que me dediquei, da aventura que vivi, não esqueço a bagagem que levo, o que aprendi, o que dei de mim, mas sobretudo do que recebi em troca. A experiência neste Instituto ensinou-me sobretudo a agir com a teoria de base mas aberta à surpresa, a novos conhecimentos, à flexibilidade e à espontaneidade, à essência da uma criança e a saber ultrapassar e procurar retirar dela, dos pais e de nós, o melhor.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. Dossier Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, p. 327-330. Consultado a 20 de Abril de 2017 do sítio: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Almeida, I. (2000). A importância da intervenção precoce no atual contexto Sócio educativo. *Cadernos CEAF*, 15(16), p. 55-74.
- Almeida, I. (2002). Intervenção precoce: Breve reflexão sobre a realidade actual. *Infância e Educação: Investigação e Práticas*, 5, p. 130-143.
- Alves, M. (2009). Intervenção Precoce e Educação Especial. *Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu, Psicosoma.
- Almeida, I. (2010). O Modelo de intervenção precoce centrado na família: da teoria à prática. *Revista Diversidades*, 27, 12-16.
- Almeida, I., et al. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1 (29), p. 83-98.
- Almeida, C. (2013). *Transdisciplinaridade em Intervenção Precoce na Infância - Perceção de uma Equipa Local de Intervenção*. Tese de Mestrado não publicada na área de Educação Especial. Escola Superior Almeida Garrett.
- Aleixo, E. (2014). *Práticas de Intervenção Precoce centradas nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança*. Tese de Mestrado - Escola Superior de Educação de Coimbra. Consultado a 25 de Junho de 2017 do sítio: <http://hdl.handle.net/10400.26/11716>
- Associação Olhar 21 (2012). *Intervenção Educativa na Trissomia 21 – Guia de boas práticas*. Coimbra.
- Augusto, H., Aguiar, C., Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideais em intervenção precoce no Alentejo: Perceções dos profissionais. *Análise Psicológica*, Lisboa,

31(1), p. 49-68. Consultado a 10 de Março de 2017 do sítio:
publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/download/614/pdf

Bailey, D.B., Hebbeler, K., Scarborough, A., Spiker, D., & Malik, S. (2004). First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics*, 113(4), p. 887-896.

Bairrão, J. (2001). *Early intervention in Portugal*. In E. Bjorck-Akesson, & M. Granlund (Eds), *Proceedings from the International Research Symposium: Excellence in Early Childhood Intervention*. Malardalen University, Vasteras, Sweden, Oct., 1999.

Bairrão, J., e Almeida, I. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce. In J. Bairrão e I. Almeida, *Psicologia*, vol. XVII, p. 15-29. Faculdade de Psicologia e de Educação da Universidade do Porto, Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família, MTSS.

Barros, J. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *The Schedule of Growing Skills II – SGS II*. London: GI Assessment.

Benz, M. & Sidor, A. (2013). Early intervention in Germany and in the USA: A comparison of supporting health services. An overview article. *Mental Health & Prevention* 1, p. 44-50.

Boavida, J., Carvalho, L., Espe-Sherwindt, M. (2009). Early Childhood intervention in Portugal: interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Schloesser, & J. Egerton (Ed.), *European developments in early childhood intervention* (pp.1-25). Eurlyaid Publication.

Brandão, M. e Craveirinha, F. (2011). Redes de apoio social em famílias multiculturais, acompanhadas no âmbito da intervenção precoce: Um estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 1 (29), p. 27-45.

- Bricker, D. (2001). The Natural Environment: A Useful Construct?. *Infants and Young Children*, 13(4), p. 31-31.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In B. L. Friedmann e T. D. Wachs (Orgs.), *Conceptualization and assessment of environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Processes. In W. Damon, & R. M. Lerner (Ed.). *Handbook of Child Psychology*. Theoretical Models of Human Development. New York: John Whileys and Sons.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development – Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buckley, S.J; Emslie, M., Haslegrave, G. e Leprevost, P. (1993). *The development of language and reading skills in children with Down's Syndrome*. Portsmouth: University of Portsmouth.
- Campbell, P. (2010). Participation-Based Services: Promoting Children's Participation in Natural Settings. *Young Exceptional Children*, 8(1), p. 20-29.
- Capone, G. (2004). Down syndrome: Genetic insights and thoughts on early intervention. *Infants and Young Children*, 17(1), p. 45-58.
- Carvalho, O. (2011) *De pequenino se torce o destino*. O valor da intervenção precoce. Livpsic – Psicologia, Porto.
- Carvalho, L.; Almeida I. ; Felgueiras, I.; Leitão , S.; Boavida, J.; Santos, P. Serrano, A.; Brito, T; Pimentel, J.; Pinto, A.; Grande, C. ; Brandão, T.; Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.
- Cleve, S., & Cohen, W. (2006). Part I: Clinical practice guidelines for children with Down syndrome from birth to 12 years. *Journal of Pediatric Health Care*, 20, p. 47-54.

Chapman, R. S. (2006). Language learning in Down syndrome: The speech and language profile compared to adolescents with cognitive impairment of unknown origin. *Down's Syndrome Research and Practice* 10(2), p. 61-66.

Convenção dos direitos da criança (1989) Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Consultado a 5 de Fevereiro de 2017 do sítio: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Correia, A. (2014). *Satisfação das famílias apoiadas pelas Eli's de Setúbal norte e a intervenção centrada na família*. Tese de Mestrado com vista a obtenção de Grau de Mestre. Universidade Fernando Pessoa.

Correia, L., & Gonçalves, C. (1993). Planificação e programação em educação especial. In L. Almeida (Ed.), *Capacitar a escola para o sucesso*. Porto: Edipsico.

Correia, M., e Serrano, A. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. (Org.) Educação Especial. Porto, Porto Editora.

Costa, V. (2012). *Intervenção Precoce: Estudo Exploratório Sobre A Prática De Uma Equipa Disciplinar*. Tese de Mestrado com vista à obtenção de Grau de Mestre. Escola Superior de Educação João de Deus.

Cruz, I., Fontes, F., e Carvalho, L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa, SNR.

Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem. Preâmbulo. Consultado aa do sítio: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>

Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República, 1.ª série n.º 19, de 6 de Outubro de 2009*. Lisboa. Ministério da Educação.

Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de outubro. *Diário da República*, 2ª série nº224, de 19 de Outubro de 1999. Lisboa. Ministério da Educação.

Direção-Geral de Saúde - DGS (2016). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Consultado a 17 de Dezembro de 2017 do sítio: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Consultado a 10 de Setembro de 2017 do sítio: <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>

Domínguez, M.; Sanchez,A.; Reche, M.; Díaz, I. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de síndrome down*. Conséjería de Educación – Junta de Andalucía. Dirección General de Participación e Innovación Educativa, p. 4-18.

Dunst, C.J., Trivette, C., Deal, A. (1988). *Enabling & Empowering Families*. Principles and Guidelines for Practice. Cambridge: Brookline Books, Inc.

Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), p. 95-104.

Dunst, C., Bruder, M., Trivette, C., Raab, M., & McLean, M. (2001). Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers. *Young Exceptional Children*, 4(3), p. 18-25.

Dunst, C. & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early Intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68 (3), p. 361–375.

Dunst, C. J. (2004). *Revisiting “rethinking early intervention”*. In M. A. Feldman (ed., Early intervention the essential readings, (pp.262-283). Oxford: Blackwell Pub. Ltd.

Ellis, J. ; Luiselli, J.; Amirault, D. ; Byrne, S. ; O’ Malley- Cannon, B. ; Taras, M. ; Wolongevicz, J. & Sisson, W, (2002). Families of Children with Developmental Disabilities: Assessment and Comparison of Self-Reported Needs in Relation to

Situational Variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), p. 191-202.

Eurlyaid (2009). European developments in early childhood intervention. The European Association of Early Intervention. Consultado a 10 de Março de 2017 do sítio: http://www.eurlyaid.eu/wpcontent/uploads/2016/05/aei_eci_development_eng.pdf

European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE. Consultado a 10 de Setembro de 2017 do sítio: https://www.european-agency.org/sites/default/files/special-needs-education-in-europe_sne_europe_en.pdf

European Agency for Development in Special Needs Education (2010). *Intervenção Precoce na Infância – progressos e desenvolvimentos 2005-2010*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education: EADSNE. Consultado a 17 de Dezembro de 2017 do sítio: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-PT.pdf

Fidler, D. (2005). The emerging Down syndrome behavioral phenotype in early childhood: Implications for practice. *Infants & Young Children*, 18(2), p. 86–103. Consultado a 20 de Abril de 2017 do sítio: https://depts.washington.edu/isei/iyc/fidler_18_2.pdf

Fidler, D. (2008). Down syndrome. In M. Haith, & J. Benson (Ed.), *Encyclopedia of infant and early childhood development*, p.422-429. London: Elsevier.

Gomes, A. & Marinho, S. (2010). Necessidades e Preocupações das Famílias de crianças com alterações de linguagem e intervenção precoce. *Cadernos de comunicação e Linguagem*, 2, p. 77-92.

Griffiths, R. F. (1996). Escala de Desenvolvimento mental de Griffiths. Dos 2 aos 3 anos. Manual técnico – CEGOC.

- Guazzo, G. (2007). Psychomotor rehabilitation in Down syndrome. In J. Rondal, & A. Rasore-Quartino (Ed.), *Therapies and rehabilitation in Down syndrome*, p.107-126. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gundersen, K. S. (2007). *Bebés com Síndrome de Down – Guia para os Pais*. Lisboa: Bertrand Editora, p. 21.
- Guralnick, M. J. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. In M. A. Feldman (Ed.). *Early Intervention the essential readings*, p. 9-50. Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Hanft, B. e Pilkington, K. (2000). Therapy in natural environments: The means or end goal for early intervention? *Infants and Young Children*, 12(4), p. 1-13.
- Hansel, A. (2012). *Estimulação precoce baseada em equipe interdisciplinar e participação familiar: concepções de profissionais e pais*. Dissertação de Doutorado não publicada na área de Educação. Universidade Federal do Paraná.
- Hanson, M. J. e Lynch, E. W. (2013). *Understanding Families - Approaches to Diversity, Disability, and Risk*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Hines, S., & Bennett, F. (1996). Effectiveness of early intervention for children with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2, p. 96-101.
- Hwang, A. W.; Choa, M. Y.; Liu, S. W. (2013) A randomised controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), p. 3112-3123.
- Kumin, L. (1998). *Como favorecer las habilidades comunicativas de los niños con Trissomia 21*. Barcelona: Paidós Ibérica, Ediciones S.A.
- Kumin, L. (2002). Starting Out: Speech and Language Intervention for Infants and Toddlers with Down Syndrome. In W. Cohen, L. Nadel & M. Madnick (Ed.), *Down Syndrome, Visions for the 21st Century*, p. 395-406. New York: Wiley-Liss.

- Leshin, L. (2002). Pediatric health update on Down syndrome. In W. Cohen, L. Nadel, & M. Madnick (Ed.), *Down syndrome: Visions for the 21st century*, p.187-201. New York: Wiley-Liss.
- López, J. (1995). *Nuevas perspectivas en la educación e integración de los niños con Trissomia 21*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, G. (2007). Cognitive rehabilitation. In J. Rondal, & Rasore-Quartino (Ed.), *Therapies and rehabilitation in Down syndrome*, p. 90-106. Chichester: John Wiley & Sons.
- Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), p. 62-69.
- Manske, C. (2011). *Das Down-Syndrom: Begabte Kinder im Unterricht*. Meine erfahrung mit diesen Kindern. Lehmanns Media.
- Manske, C. (2008). *Jenseits von Pisa – Lernen als Entdeckungsreise*. Lehmanns Media.
- Manske, C. (2014). Wie soll das gehen? Inklusiver Unterricht für Kinder mit Down-Syndrom. *Behinderte Menschen*, 2, p. 3-9.
- Manske, C. (2016a). Alle kinder lernen gemeinsam lesen. . *Behinderte Menschen*, 4, p. 3-7.
- Manske, C. (2016b). *Inklusive LeseFibel – Für Kinder mit Down Syndrom*. Leseratten und Legastheniker. Lehmanns Media.
- Manske, C. (2015). Mein Name ist Dumm. *Behinderte Menschen*, 3, p. 3-7.
- McWilliam, P., Crais, E. & Winton, P. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Educação Especial. Porto, Porto Editora.

- McWilliam, R. A. (2009). Protocolo para a Entrevista Baseada nas Rotinas. GIT – Grupo Técnico de Investigação. *Siskin Children's Institute* – Chattanooga, TN, USA.
- McWilliam, R. A., Casey, A. M., & Sims, J. L. (2009). The routines-based interview: A method for assessing needs and developing IFSPs. *Infants and Young Children*, 22, p. 224–233.
- McWilliam, R. (2010). *Routines-Based early Intervention-Supporting Young Children and their Families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (Vol. 20). Porto Editora.
- Miranda, M. (2013). *Autonomia para a inclusão*. Coimbra: Lápis de Memória.
- Miranda, S. (2017). *Intervenção Precoce em crianças com Trissomia 21*. Um estudo e multicaso. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Universidade Portucalense.
- Morato, P. P (1986). Análise do teste de Bruininks – Oseretsky como instrumento de avaliação da proficiência motora de crianças com Síndrome de Down. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Morato, P. P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa, Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morgado, J., e Beja, A. (2000). As Necessidades das famílias de crianças com necessidades educativas especiais. *Inclusão*, 1, p. 45-51.
- Neisworth, J J., & Bagnato, S.J. (1988). Assessment in early childhood special education. In S.L Odom & M.B. Karnes (Ed.), *Early intervention for infants and children with handicaps*, p. 23-49. Baltimore: Paul H. Brookes.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen – NZFH, (2017). *Bundesinitiative Frühe Hilfen – Rechtliche Grundlage*. Consultado a 17 de Dezembro de 2017 do sítio: <https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/>

Normas sobre Igualdade de Oportunidades para pessoas com deficiência, (1995). Nações Unidas Cadernos SNR nº 3. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa, 1995. Consultado a 10 de Janeiro de 2017 do sítio: <http://www.inr.pt/uploads/docs/Edicoes/Cadernos/Caderno003.pdf>

PACER Center (2008). *Natural Environments Promote Learning*. Information and Resources for Parents of Young Children with Disabilities. Summer, p. 1-8.

PACER Center (2010). *Natural Environments Support Early Intervention Services*. p. 1-2. Retirado de: <http://www.pacer.org/parent/php/PHP-c178.pdf>

Pacheco, R. (2013). *Intervenção Precoce na Infância: Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Mestrado não publicada na área Ciências da Educação: Necessidades Educativas Especiais. Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas Na Família Em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional Sobre Práticas Profissionais*. Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga, Universidade do Minho. Consultado a 10 de Março de 2017 do sítio: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9808/1/tese.pdf>

Pereira, A.; Teixeira, G.; Bressan, C.; Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), p. 409. Consultado em 20 de Abril de 2017 do sítio: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12>

Pereira, A.; Serrano, A. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectiva Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, (27), p. 4- 11.

- Pereira, A. (2010). *Crescer e aprender nas rotinas: estudo de caso de uma criança com perturbações do espectro do Autismo*. Tese de Mestrado não publicada na área de Educação Especial. Universidade do Minho Instituto de Estudos da Criança.
- Pereira, A. (2014). *O contributo das rotinas diárias para o desenvolvimento da autonomia das crianças*. Dissertação de Mestrado, não publicada na área de Educação Pré-escolar. Escola Superior de Educação de Portalegre.
- Pereiro, H. (2000). Contributo para uma análise avaliativa da intervenção precoce – as representações dos profissionais. In F. Leitão, *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down -Estudos sobre Interação* (Org.), p.177-202. Porto, Porto Editora.
- Petrander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and young children*, 12 (3). p.32-45.
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Perceções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. Livros SNR N° 23. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Plewka, J. & Scholz, A. (2016). *Prevention and early intervention services addressing young children in Germany*. Comments paper – Germany. Peer Review on prevention and early intervention services for children, p.1-6.
- Raimundo, A. (2015). *Intervenção Precoce e Perturbação do Espectro do Autismo: Necessidades e Prioridades das Famílias de Crianças dos 3-6 anos de idade*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial. Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Regateiro, F. (2007). *Manual de Genética Médica*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Relvas, P. (2000). *O Ciclo Vital da Família- Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Roizen, N., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *Lancet*, 361, p. 1281-1289.

Rondal, J. (2007). Language rehabilitation. In J. Rondal & A. Rasore-Quartino (Ed.), *Therapies and rehabilitation in Down syndrome*, p.63-89. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Ruivo, B., e Almeida, I. (2002). *Contributo para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa, Ministério da Educação.

Saraiva, I. (2014). *Intervenção Precoce Na Infância: PIIP Que Rumo?*. Tese de Mestrado não publicada na área de Educação Especial. Universidade Fernando Pessoa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/4228>

Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology*, (Vol.1). History, theory and methods, p. 238-294. New York: John Wiley and Sons.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P Shonkoff & S. J. Meisels (Ed.), *Handbook of early intervention*, p. 135-159. Cambridge: Cambridge University Press.

Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Ed.), *Review of Child Development Research*, (Vol.4), p.187-244. Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), Janeiro/Fevereiro, p. 6-22.

- Sampedro, M. F., Blasco, G. M., & Hernández, A. M. (1997). *A criança com Síndrome de Down. Necessidades Educativas Especiais*, p. 225-248. Lisboa: Dinalivro.
- Sann, A & Schäfer, R. (2008). *Auf und Ausbau - Früher Hilfen in Deutschland*. Diskurs Kindheitsund Jugendforschung Heft, p. 503-508.
- Sandall, S., McLean, M. E., & Smith, B. J. (2005). DEC recommended practices in early intervention/ early childhood special education. Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- Santos, H. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, A. e Brandão, T. (2002). Inventário das Necessidades e Interesses da Família. Adaptado do Inventário das Necessidades da Família, Revisão 1990b e do Questionário sobre os Interesses da Família.
- Selikowitz, M. (1990). *Trissomia 21*. New York: Oxford University Press.
- Serrano, A. (2007). *Rede Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Coleção Educação Especial. Porto, Porto Editora.
- Serrano, A., Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention The Portuguese pathways towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, 4(1), p.123-138.
- Shelden, M. & Rush, D. (2001). The ten myths about providing early intervention services in natural environments. *Infants and Young Children*, 14(1), p. 1-13.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Silva, M. D., & Kleinhans, A. C. (2006). Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. *Revista Brasileira Educação Especial*, p.123-138.

- Simões, M. (2011). *Rotinas Familiares Privilegiadas na Comunicação de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Uma Perspectiva Parental*. Monografia de Licenciatura não publicada na área da Terapia da Fala. Universidade Atlântica.
- Skallerup, S. J. (2015). *Bebés com Trissomia 21. Novo Guia para os pais*. Alfragide: Texto Editores.
- Snyder, P. (2006). Best available research evidence: impact on research in early intervention. In V. Buysse e P. Wesley (Ed.). *Evidence-based practice in the early childhood field*, p. 35-70. Washington: Zero to Three.
- Shonkoff J. e Meisels, S. (2000) Early Childhood Intervention. In, J. Shonkoff e S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, Cambridge University Press (2nd Ed., p. 3-17). USA: Cambridge University Press.
- Sohns, A., Hartung, A., & Camargo, O. K. (2010). The early-aid-system in Germany. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2 (2), p. 11-123.
- Sylva, J. (2005). Issues in Early Intervention: The Impact of Cultural Diversity on Service Delivery in Natural Environments. *Multicultural Education*, 13(2), p. 26-29.
- Tegethof, I.C.A. (1996). *Interacções mãe-criança e estimulação cognitiva. Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Policopiado.
- Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. Consultado a 25 de Junho de 2017 do sítio: <http://hdl.handle.net/10400.12/47>
- Thurman, S. (1997). Systems, Ecologies and the Context of Early Intervention. In S. Thurman, J. Cornwell & S. Gottwald (Ed). *Contexts of Early Intervention; systems and settings*, p. 3-17. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Varanda, A. (2011). *Cruzar Olhares Sobre a Intervenção Familiar Integrada e Precoce Famílias(s) Em Risco? Percepção das Famílias Multidesafiadas com Crianças em*

Idade Pré-Escolar em Contextos de Risco e dos Técnicos que as Acompanham acerca das suas Necessidades e Forças. Tese de Mestrado não publicada, Instituto Ciências da Família, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between learning and development. *Readings on the development of children*, 23(3), p. 34-41.

Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in society*. The development of higher psychological processes. Harvard university press.

Walker, D., Small, C., Bigelow, K., Kirk, S., Harjusola-Webb, S. & Mark, N. (2004). *Strategies for Promoting Communication and Language of Infants and Toddlers*. Model Demonstration Center for Promoting Language and Literacy Readiness in Early Childhood. Juniper Gardens Children's Project University of Kansas, p.2-47.

Wittig, M. (2005). *Development And Validation Of Child Routines Questionnaire: Preschool*. Dissertation for requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Department of Psychology. Louisiana State University, p. 1-64.

Zimpel, A. F. (2016). *Was wir von Menschen mit Down-Syndrom lernen können: 2000 Personen und ihre neuropsychologischen Befunde*. Vandenhoeck & Ruprecht, p. 9-70.

ANEXOS

1. Consentimentos Informados

Informed Free and Spontaneous Consent

In the course of Internship Activities, taught in the second year of the Psychomotor Rehabilitation master's at the University of Lisbon - Faculty of Human Kinetics, the elaboration of an evaluation report in order to draw a functional profile of children in the study, through the application of evaluation instruments, checklist and anamnesis. Schedule of Growing Skills (*SGS II*) is an instrument that evaluates the skills in the development of the child. The estimated time for the application of the *SGS III* is approximately two hours. Behind *SGS II* the child will pass on the evaluation of other instruments, one Ecomap, Scale of the Routines, Scale of the needs and interests of the family.

Until now any of this instruments didn't shown any risks or concomitant damage to the application.

Previously, it's necessary to perform an anamnesis, which lasts approximately one hour, to allow greater information about the case under study with a view to the contextualization of the results obtained with the test.

In this regard, I hereby request the assistance in that case study, as well as the authorization for access to specific information about the child.

☒ Yes, im agree.

☐ No, i disagree.

The data collected during the anamnesis as well, during the course of *SGS II* and the other instruments already mentioned will be completely confidential and is only and only for use in academic work. Therefore, the only person with access to that information will be me as the responsible person to perform this study.

If you accept and agree to the above conditions, I require you to sign this informed consent, free and spontaneous, in order to enable the completion of the case study that I propose. I recall also that throughout the process I am fully responsible for any damages and / or risks that may occur.

The responsible study person:
Telma Sena
(Telma Sena)

Parent
Name

Hamburg, 22 of November of 2016

Informed Free and Spontaneous Consent

In the course of Internship Activities, taught in the second year of the Psychomotor Rehabilitation master's at the University of Lisbon - Faculty of Human Kinetics, the elaboration of an evaluation report in order to draw a functional profile of children in the study, through the application of evaluation instruments, checklist and anamnesis. Schedule of Growing Skills (*SGS II*) is an instrument that evaluates the skills in the development of the child. The estimated time for the application of the *SGS III* is approximately two hours. Behind *SGS II* the child will pass on the evaluation of other instruments, one Ecomap, Scale of the Routines, Scale of the needs and interests of the family.

Until now any of this instruments didn't shown any risks or concomitant damage to the application.

Previously, it's necessary to perform an anamnesis, which lasts approximately one hour, to allow greater information about the case under study with a view to the contextualization of the results obtained with the test.

In this regard, I hereby request the assistance in that case study, as well as the authorization for access to specific information about the child.

☒ Yes, im agree.

☐ No, i disagree.

The data collected during the anamnesis as well, during the course of *SGS II* and the other instruments already mentioned will be completely confidential and is only and only for use in academic work. Therefore, the only person with access to that information will be me as the responsible person to perform this study.

If you accept and agree to the above conditions, I require you to sign this informed consent, free and spontaneous, in order to enable the completion of the case study that I propose. I recall also that throughout the process I am fully responsible for any damages and / or risks that may occur.

The responsible study person:
Telma Sena
(Telma Sena)

Parent
Name

Hamburg, 22 of November of 2016

2. Ficha de Registo SGS II da Criança A – Avaliação Final e Inicial

Escala de de Avaliação do Desenvolvimento				
"The Schedule of Growing Skills II"				
(Bellman, Lingam e Aukett, 1996)				
Nome: _____				
Data: _____				
Resposta: _____				
Itens	CAPACIDADES POSTURAIS PASSIVAS		Datas	
	Posição Supina		3 07	3 06
1	Cabeça na linha média	1	x	x
2	Levanta as pernas na vertical e olha para os pés	2	x	x
	Suspensão Ventral			
3	Cabeça alinhada com o corpo, ancas em semi extensão	1	x	x
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros em extensão	2	x	x
	Tracção Para a Posição Sentada			
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente	1	x	x
6	Pouca queda da cabeça	2	x	x
7	Tracção pelas mãos, faz força para se sentar	3	x	x
	Posição Sentado (apoiado pelo adulto)			
8	Costas moderadamente curvadas.	1	x	x
9	Costas direitas	2	x	x
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAIS PASSIVAS		9	9
Itens	CAPACIDADES POSTURAIS ACTIVAS			
	Decúbito Ventral			
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdómen, com ancas levantadas (cintura pélvica em flexão), braços encostados ao tórax com cotovelos flectidos	1	x	x
11	Levanta a cabeça momentaneamente, ancas elevadas (cintura pélvica em semi-flexão)	2	x	x
12	Levanta a cabeça e a região superior do peito, com apoio nos antebraços (sem flexão da cintura pélvica)	3	x	x
13	Apoia peso nas palmas das mãos, com braços em extensão	4	x	x
14	Coloca-se na posição de gatas	5	x	x
	Posição de Sentada			
15	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio	1	x	x

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

①

16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (contar pelo menos até 10)	2	x	x
17	Passa para posição sentado a partir de decúbito ventral ou dorsal	3	x	x
	Posição de pé (com apoio nas axilas ou ancas)			
18	Apoia algum peso nos membros inferiores	1	x	x
19	Apoia todo o peso nos membros inferiores	2	x	x
20	Mantém-se de pé agarrado (ex. mobília)	3	x	x
21	Põe-se de pé agarrado à mobília	4	x	x
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAIS ACTIVAS		12	12
Itens	CAPACIDADES LOCOMOTORAS			
	Movimento e Equilíbrio			
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	x	x
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	x	x
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	x	x
25	Anda agarrado à mobília (ou a empurrar brinquedos com rodas)	4	x	x
26	Anda sozinho, pés afastados e braços levantados para manter o equilíbrio	5	x	x
27	Anda bem, pés apenas ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6	x	x
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7	x	x
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos	8	x	x
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9	x	x
31	Anda em "bicos de pés"	10	x	x
32	Corre em "bicos de pés"	11		
33	Dá 3 saltos ao pé-coxinho	12		
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de um linha – pelo menos 4 passos)	13		x
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14		
	Escadas			
36	Sobe escadas de gatas	1	x	x
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2	x	x
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3	x	x
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4		x
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5		x
41	Sobe escadas a correr	6		

→ c. ajuste

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS		13	16	
CAPACIDADES MANIPULATIVAS				
Itens	Mãos			
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	X	X
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	X	X
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	X	X
45	•Preenção palmar (o objeto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão)	4	X	X
46	•Transfere objetos de uma mão para a outra	5	X	X
47	•Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os	6	X	X
48	•Pega num pequeno objeto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa - ex. Pinça lateral)	7	X	X
49	•Pega num pequeno objeto realizando uma pinça nítida (Oposição completa entre o polegar e o indicador)	8		X
50	•Atira deliberadamente os brinquedos ao chão	9		
51	•Vira páginas de um livro (várias de cada vez)	10	X	X
52	•Vira uma página de cada vez	11		X
53	•Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos	12		X
54	•Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos	13		X
Cubos				
55 ©	•Torre de 2 cubos	1	X	X
56 ©	•Torre de 3 cubos	2	X	X
57 ©	•Torre de 4-6 cubos	3		X
58 ©	•Torre de 7 ou mais cubos	4		X
59 ©	•Constrói ponte de cubos (com modelo à vista)	5		X
60 ©	•Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (com modelo à vista)	6		X
Desenho				
61 ©	•Rabisca para cá e para lá	1	X	X
62 ©	•Rabisco circular	2	X	X
63 ©	•Imita linha vertical e / ou horizontal	3	X	X
64 ©	•Imita círculo	4	X	X
65 ©	•Imita cruz	5	X	X
66 ©	•Copia quadrado	6	X	X
Desenho figura Humana				
67 ©	•Desenha cabeça e uma outra parte	1	X	X
68 ©	•Desenha cabeça, pernas e braços (dois)	2		X
69 ©	•Desenha cabeça, face, tronco, pernas, e braços	3		

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS		17	26	
Itens	CAPACIDADES VISUAIS			
	Função Visual			
70	•Volta-se para a luz difusa (ex. janela)	1	X	X
71	•Fixa momentaneamente um "pom-pom" a 30 cm de distância	2	X	X
72	•Foca objeto (a 30 cm de distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90º	3	X	X
73	•Segue objeto que balança, num trajecto de 180º	4	X	X
74	•Converge os olhos com aproximação do objecto	5	X	X
75	•Aponta com o indicador com precisão para objecto pequeno	6	X	X
Compreensão Visual				
76 ©	•Observa objeto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto)	1	X	X
77 ©	•Olha para o local correcto à procura do objecto que cai (permanência do objecto)	2	X	X
78 ©	•Procura objeto escondido	3	X	X
79 ©	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	X	X
80 ©	Aponta com um dedo para objectos distantes	5	X	X
81 ©	•Mostra-se interessado em gravuras	6	X	X
82 ©	•Reconhece detalhes dos Livros de Figuras	7	X	X
83 ©	•Completa o quadro de formas	8	X	X
84 ©	•Completa o quadro de peixes	9	X	X
85 ©	•Reconhece pequenos detalhes de figuras	10	X	X
86 ©	•Combina 2 cores	11	X	X
87 ©	•Combina 4 cores	12	X	X
88 ©	•Emparelha os 10 cartões de cores	13	X	X
89	•Coopera em teste formal de visão - 6 metros (ex. Carta de Snellen)	14		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS			18	19
Itens	AUDIÇÃO E FALA			
	Função			
90	Assusta-se com ruído súbito	1	X	X
91	Responde à voz	2	X	X
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	X	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

Compreensão Auditiva			
93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora	1	X
94	Atento aos sons rotineiros	2	X
95	Compreende "não / adeus"	3	X
96	Reconhece o próprio nome	4	X
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	X
98	•Seleciona, a pedido, 2 de 4 objectos	6	X
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7	X
100	•Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga)	8	X
101	•Segue ordem de 2 passos (ex. "Dá de beber à boneca", "Penteia o cabelo da boneca")	9	X
102	•Mostra compreende os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções	10	X
103	•Mostra compreende as funções dos objectos utilizando as gravuras	11	X
104	•Mostra compreender as preposições (ex. debaixo, em cima, atrás, etc.)	12	X
105	•Compreende adjetivos relacionados com a dimensão	13	X
106	•Compreende negativos (ex. "Qual é que não tem sapatos?")	14	X
107	•Cumprir uma ordem com duas instruções (ex. "Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta")	15	X
108	Compreende questões mais complicadas (ex. "O que fazes se te perderes?")	16	
109	•Cumprir ordens com 3 instruções (ex. "Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca")	17	X
110	•Compreende negativos em frases complexas (ex. "Qual é que não serve nem para comer nem para beber")	18	
PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA		13	19
FALA E LINGUAGEM			
Vocalização			
111	Faz sons guturais ocasionais	1	X
112	Vocaliza quando satisfeito	2	X
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	X
114	Palra continuamente e com entoação	4	X
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, Brr)	5	X
Linguagem Expressiva			
116	Lalações incessantes contendo essencialmente vogais e muitas consoantes	1	X
117	Usa uma palavra com significado	2	X
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranta, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4	X
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5	X
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6	X
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7	X
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8	X
124	Discurso geralmente compreendida pela mãe	9	X
125	Usa palavras interrogativas (ex. o quê? onde?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. mim, tu,...)	10	X
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos	11	X
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12	X
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13	X
129	Discurso fluente e claro	14	
130	•Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15	
131	•Consegue descrever sequência de acontecimentos	16	
132	•Consegue explicar acontecimentos	17	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA		13	18
CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			
Comportamento Social			
133	Sorri	1	X
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	X
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas	3	X
136	•Leva tudo à boca (exploração oral)	4	X
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	X
138	Faz gracinhas e acena adeus	6	X
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	X
140	Imita actividades simples da vida diária	8	X
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9	X
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10	X
143	Partilha brinquedos	11	X
144	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12	X
145	Conforta activamente irmãos e amigos	13	X
146	Escolhe os melhores amigos	14	X
Jogo			
147	•Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som	1	X
148	•Encontra um objeto parcialmente escondido	2	X
149	•Encontra rapidamente um objeto escondido	3	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranta, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

150 ©	•Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse	4	×	×
151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar	5	×	×
152 ©	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6	×	×
153	•Chuta bola grande	7	×	×
154	•Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça)	8	×	×
155 ©	•Sabe aguardar a sua vez no jogo	9		
156 ©	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10		×
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL		15	17
Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA			
	Alimentação			
157	Segura no biberão quando está a ser alimentado	1	×	×
158	Agarra na colher	2	×	×
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	×	×
160	Bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda	4	×	×
161	Segura na colher mas não se alimenta	5		
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entorna	6		
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entornar muito	7	×	×
164	Come sozinho com a colher, sem entornar muito	8	×	×
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9	×	×
166	Come perfeitamente sozinho, com a colher	10		×
167	Come com colher e garfo	11		×
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12	×	×
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13		
	Higiene			
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	×	×
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2		×
172	Mantém-se geralmente seco durante o dia	3		×
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4		
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5	×	×
175	Lava as mãos	6	×	×
176	Lava e seca as mãos, e tenta escova os dentes	7	×	×
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8	×	×
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9	×	×

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10		
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA		14	18
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS		21	31

Legenda: © - Este item contém um elemento cognitivo

▪ - Este item necessita de material

Q - Utilizar quando a qualidade da prestação é questionável (mas cotar o item)

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

Perfil de Desenvolvimento

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Língua-gem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27		20	21		22	33
			18	26	19	19	20		21	32
48 meses			17	25		18	19	23	20	31
			16	24	18	17	18		19	30
			15	23	17	16	17	22	18	29
36 meses			14	22	16	15	16	21	17	28
			13	21	15	14	15	20	16	27
			12	20	14	13	14	19	15	26
30 meses			11	19	13	12	13	18	14	25
			10	18	12	11	12	17	13	24
			9	17	11	10	11	16	12	23
24 meses			8	16	10	9	10	15	11	22
			7	15	9	8	9	14	10	21
			6	14	8	7	8	13	9	20
18 meses			5	13	7	6	7	12	8	18
			4	12	6	5	6	11	7	19
			3	11	5	4	5	10	6	17
15 meses			2	10	4	3	4	9	5	16
			1	9	3	2	3	8	4	15
				8	2	1	2	7	3	14
12 meses				7	1		1	6	2	13
				6				5	1	12
10 meses				5				4		11
				4				3		10
8 meses				3				2		9
				2				1		8
6 meses				1						7
										6
3 meses										5
										4
1 mês										3
										2
0 meses										1

● - 1ª avaliação
● - 2ª avaliação

UTL - Faculdade de Motricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

3. Inventário das Necessidades e Interesses da Família – Criança A

Inventário das Necessidades e Interesses da Família
(adaptado do Inventário das Necessidades da Família, Revisão 1990b e do Questionário sobre os Interesses da Família, trazido por A.Santos e T.Brandão, 2002)

Nome da Criança: _____
Data de preenchimento: _____
Nome e sobrenome: _____
Caro pai/mãe,

De forma a disponibilizar informação/recursos para dar resposta às necessidades e interesses da sua família solicito o preenchimento deste inventário.

Abaixo encontram-se descritas algumas das necessidades e interesses mais frequentemente descritas pelas famílias. Coloque um X nas colunas à direita nos tópicos que gostaria que fossem discutidos/analizados assinalando se esse tópico constitui um interesse e/ou uma necessidade. No final existe um espaço para poder escrever outros tópicos que não estão incluídos nesta lista mas que gostaria de discutir.

A informação obtida deste inventário será confidencial.

Assinale:
1 – Se o item constituir um interesse/necessidade prioritário;
2 – Se estiver interessado/necessidade no item mas este não constitui uma prioridade atual;
3 – Se não estiver interessado/necessidade neste momento.

Gostaria de obter informação...

Tópicos	Interesse	Necessidade	1	2	3
Relacionada com a criança					
Saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho.	X		X		
Saber como é que as crianças crescem e se desenvolvem (ex: áreas social, motora e de autonomia).	X			X	
Aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho.		X	X		
Ensinar o meu filho.		X	X		
Lidar com o comportamento do meu filho.		X	X		
Aprender a falar e a brincar com o meu filho.		X	X		
Relacionada com a família					
Envolver a família e amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho.	X				X

Aprendermos a resolver, nós mesmos, os problemas familiares encontrando soluções em conjunto.	X		X		
Obter mais apoio para mim.		X			X
Obter mais apoio para o meu companheiro.		X			X
Ter mais tempo para mim.		X			X
Divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família		X	X		
Relacionada com a comunidade					
Obter mais informação sobre:					
- cuidados médicos;		X	X		
- alimentação;		X	X		
- ajuda legal;	X				X
- intervenção em momentos de crise;	X			X	
- brinquedos, equipamento adequado à idade.	X				X
Encontrar creches ou infantários.					
Encontrar amas ou babysitters.	X				X
Incluir o meu filho em atividades extracurriculares.					

→ já frequente
→ suficiente

Indique outros assuntos que constituem um interesse e/ou necessidade para si e para a sua família:

Obrigada pela sua participação!

Telma Remata Ferreira Senna

(Técnica de Reabilitação Psicomotora)

4. Ficha de Registo SGS II da criança B (Avaliação Inicial e Final)

Escala de de Avaliação do Desenvolvimento

“The Schedule of Growing Skills II”
(Bellman, Lingam e Aukett, 1996)

Itens	CAPACIDADES POSTURAIS PASSIVAS	Datas	
	Posição Supina	3/01	3/06
1	Cabeça na linha média	1	X
2	Levanta as pernas na vertical e olha para os pés	2	X
	Suspensão Ventral		
3	Cabeça alinhada com o corpo, ancas em semi extensão	1	X
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros em extensão	2	X
	Tracção Para a Posição Sentada		
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente	1	X
6	Pouca queda da cabeça	2	X
7	Tracção pelas mãos, faz força para se sentar	3	X
	Posição Sentado (apoiado pelo adulto)		
8	Costas moderadamente curvadas.	1	X
9	Costas direitas	2	X
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAIS PASSIVAS	9	9
Itens	CAPACIDADES POSTURAIS ACTIVAS		
	Decúbito Ventral		
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdómen, com ancas levantadas (cintura pélvica em flexão), braços encostados ao tórax com cotovelos flectidos	1	X
11	Levanta a cabeça momentaneamente, ancas elevadas (cintura pélvica em semi-flexão)	2	X
12	Levanta a cabeça e a região superior do peito, com apoio nos antebraços (sem flexão da cintura pélvica)	3	X
13	Apoia peso nas palmas das mãos, com braços em extensão	4	X
14	Coloca-se na posição de gatas	5	X
	Posição de Sentada		
15	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio	1	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (contar pelo menos até 10)	2	X	X
17	Passa para posição sentado a partir de decúbito ventral ou dorsal	3	X	X
	Posição de pé (com apoio nas axilas ou ancas)			
18	Apoia algum peso nos membros inferiores	1	X	X
19	Apoia todo o peso nos membros inferiores	2		X
20	Mantém-se de pé agarrado (ex. mobília)	3		X
21	Põe-se de pé agarrado à mobília	4		X
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAIS ACTIVAS		9	12
Itens	CAPACIDADES LOCOMOTORAS			
	Movimento e Equilíbrio			
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	X	X
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	X	X
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	X	X
25	Anda agarrado à mobília (ou a empurrar brinquedos com rodas)	4	X	X
26	Anda sozinho, pés afastados e braços levantados para manter o equilíbrio	5		X
27	Anda bem, pés apenas ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6		
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7		X
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos	8		X
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9		
31	Anda em “bicos de pés”	10		
32	Corre em “bicos de pés”	11		
33	Dá 3 saltos ao pé-coxinho	12		
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de um linha – pelo menos 4 passos)	13		
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14		
	Escadas			
36	Sobe escadas de gatas	1	X	X
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2		X
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3		X
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4		
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5		
41	Sobe escadas a correr	6		

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS		5	10
Itens	CAPACIDADES MANIPULATIVAS		
	Mãos		
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	X
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	X
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	X
45	•Prensão palmar (o objeto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão)	4	X
46	•Transfere objetos de uma mão para a outra	5	X
47	•Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os	6	X
48	•Pega num pequeno objeto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa - ex. Pinça lateral)	7	X
49	•Pega num pequeno objeto realizando uma pinça nítida (Oposição completa entre o polegar e o indicador)	8	
50	•Atira deliberadamente os brinquedos ao chão	9	X
51	•Vira páginas de um livro (várias de cada vez)	10	X
52	•Vira uma página de cada vez	11	X
53	•Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos	12	X
54	•Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos	13	
	Cubos		
55 ©	•Torre de 2 cubos	1	X
56 ©	•Torre de 3 cubos	2	X
57 ©	•Torre de 4-6 cubos	3	X
58 ©	•Torre de 7 ou mais cubos	4	
59 ©	•Constrói ponte de cubos (com modelo à vista)	5	
60 ©	•Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (com modelo à vista)	6	
	Desenho		
61 ©	•Rabisca para cá e para lá	1	X
62 ©	•Rabisco circular	2	X
63 ©	•Imita linha vertical e / ou horizontal	3	X
64 ©	•Imita círculo	4	
65 ©	•Imita cruz	5	
66 ©	•Copia quadrado	6	
	Desenho figura Humana		
67 ©	•Desenha cabeça e uma outra parte	1	
68 ©	•Desenha cabeça, pernas e braços (dois)	2	
69 ©	•Desenha cabeça, face, tronco, pernas, e braços	3	

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

2

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS		5	10
Itens	CAPACIDADES VISUAIS		
	Função Visual		
70	•Volta-se para a luz difusa (ex. janela)	1	X
71	•Fixa momentaneamente um "pom-pom" a 30 cm de distância	2	X
72	•Foca objeto (a 30 cm de distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90º	3	X
73	•Segue objeto que balança, num trajecto de 180º	4	X
74	•Converge os olhos com aproximação do objecto	5	X
75	•Aponta com o indicador com precisão para objecto pequeno	6	X
	Compreensão Visual		
76 ©	•Observa objeto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto)	1	X
77 ©	•Olha para o local correcto à procura do objecto que cai (permanência do objecto)	2	X
78 ©	•Procura objeto escondido	3	X
79 ©	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	X
80 ©	Aponta com um dedo para objectos distantes	5	X
81 ©	•Mostra-se interessado em gravuras	6	X
82 ©	•Reconhece detalhes do Livros de Figuras	7	X
83 ©	•Completa o quadro de formas	8	X
84 ©	•Completa o quadro de peixes	9	
85 ©	•Reconhece pequenos detalhes de figuras	10	
86 ©	•Combina 2 cores	11	X
87 ©	•Combina 4 cores	12	
88 ©	•Emparelha os 10 cartões de cores	13	
89	•Coopera em teste formal de visão - 6 metros (ex. Carta de Snellen)	14	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS	4	15
Itens	AUDIÇÃO E FALA		
	Função		
90	Assusta-se com ruído súbito	1	X
91	Responde à voz	2	X
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

Compreensão Auditiva				
93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora	1	X	X
94	Atento aos sons rotineiros	2	X	X
95	Compreende "não / adeus"	3	X	X
96	Reconhece o próprio nome	4	X	X
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	X	X
98	•Seleciona, a pedido, 2 de 4 objectos	6		X
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7		X
100	•Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga)	8		X
101	•Segue ordem de 2 passos (ex. "Dá de beber à boneca", "Penteia o cabelo da boneca")	9		X
102	•Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções	10		
103	•Mostra compreender as funções dos objectos utilizando as gravuras	11		
104	•Mostra compreender as preposições (ex. debaixo, em cima, atrás, etc.)	12		
105	•Compreende adjetivos relacionados com a dimensão	13		
106	•Compreende negativos (ex. "Qual é que não tem sapatos?")	14		
107	•Cumpe uma ordem com duas instruções (ex. "Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta")	15		
108	Compreende questões mais complicadas (ex. "O que fazes se te perderes?")	16		
109	•Cumpe ordens com 3 instruções (ex. "Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca")	17		
110	•Compreende negativos em frases complexas (ex. "Qual é que não serve nem para comer nem para beber")	18		
PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA			7	12
Itens	FALA E LINGUAGEM			
	Vocalização			
111	Faz sons guturais ocasionais	1	X	X
112	Vocaliza quando satisfeito	2	X	X
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	X	X
114	Palra continuamente e com entoação	4		X
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, Brr)	5	X	X
Linguagem Expressiva				
116	Lalações incessantes contendo essencialmente vogais e muitas consoantes	1	X	X
117	Usa uma palavra com significado	2		X
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	X	X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4) <i>baby papa maciçosa, lenço</i>	4		X
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5		
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6		
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7		
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8		
124	Discurso geralmente compreendida pela mãe	9	X	X
125	Usa palavras interrogativas (ex. o quê? onde?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. mim, tu,...)	10		
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos	11		
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12		
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13		
129	Discurso fluente e claro	14		
130	•Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15		
131	•Consegue descrever sequência de acontecimentos	16		
132	•Consegue explicar acontecimentos	17		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA			7	16
Itens	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			
	Comportamento Social			
133	Sorri	1	X	X
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	X	X
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas	3	X	X
136	•Leva tudo à boca (exploração oral)	4	X	X
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	X	X
138	Faz gracinhas e acena adeus	6	X	X
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	X	X
140	Imita actividades simples da vida diária	8		X
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9		X
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10		
143	Partilha brinquedos	11		X
144	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12		
145	Conforta activamente irmãos e amigos	13		
146	Escolhe os melhores amigos	14		
Jogo				
147	•Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som	1	X	X
148	•Encontra um objeto parcialmente escondido	2		X
149	•Encontra rapidamente um objeto escondido	3		X

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

150 ©	•Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse	4		×
151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar	5	×	×
152 ©	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6		×
153	•Chuta bola grande <i>(cogitando pelos braços)</i>	7		×
154	•Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça)	8		
155 ©	•Sabe aguardar a sua vez no jogo	9		
156 ©	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			9	17
Ítems	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA			
Alimentação				
157	Segura no biberão quando está a ser alimentado	1	×	×
158	Agarra na colher	2		
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	×	×
160	Bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda	4	×	×
161	Segura na colher mas não se alimenta	5	×	×
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entorna	6		×
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entornar muito	7		×
164	Come sozinho com a colher, sem entornar muito	8		×
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9		
166	Come perfeitamente sozinho, com a colher	10		
167	Come com colher e garfo	11		
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12		
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13		
Higiene				
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	×	×
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2		×
172	Mantém-se geralmente seco durante o dia	3		
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4		
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5		
175	Lava as mãos	6		
176	Lava e seca as mãos, e tenta escova os dentes	7		
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8		
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9		

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

④

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA			5	10
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS			2	16

Legenda: © - Este item contém um elemento cognitivo

▪ - Este item necessita de material

Q - Utilizar quando a qualidade da prestação é questionável (mas cotar o item)

UTL- Faculdade de Matricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

* The Schedule of Growing Skills II* - VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO

Perfil de Desenvolvimento

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Língua-gem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27		20	21		22	33
			18	26	19	19	20		21	32
48 meses			17	25		18	19	23	20	31
				24					19	30
									18	29
										28
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	27
				22		16	17	21	16	26
			15	21	17			20		25
										24
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	23
				19		14	15	18	14	22
			13	18						21
										20
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16		12	13	16	12	19
			10	15	14	12	12	15	11	17
										16
18 meses			9	14		11	11	15	10	15
			8	13	13			14	9	14
			7	12		10			8	13
										12
15 meses			6	11			10	13	7	11
				10	12	9	9	12	6	10
							8	11		9
12 meses		12	5	9	11	8	7	10	5	8
			4	8		7	6	9	4	7
			3		10			8		6
10 meses		11	2	7	9	6	5	7	3	5
			1							4
8 meses		10		6	8	5	4	6	2	3
		9								
		8		5	7	4	3	5	1	2
		7		4	6	3		4		1
6 meses		6		3	5	2	2	3		
		5		2	4			2		
3 meses		4		1	3					
		3								
1 mês		2			2		1	1		
		1								
0 meses		1			1	1				

UTL- Faculdade de Motricidade Humana - Departamento de Educação Especial Reabilitação, 1999
Tradução e adaptação para português de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andréia Pronto, Helena Lourenço,
Maria Correia, Rosa Guimarães e Teresa Brandão

5

5. Inventário dos interesses e necessidades da Família da Criança B

Inventário das Necessidades e Interesses da Família
(adaptado do Inventário das Necessidades da Família, Revisão 1990b e do Questionário sobre os Interesses da Família, trazido por A.Santos e T.Brandão, 2002)

Nome: _____
Data: _____
Nome do(a) filho(a): _____

Caro pai/mãe,

De forma a disponibilizar informação/recursos para dar resposta às necessidades e interesses da sua família solicito o preenchimento deste inventário.

Abaixo encontram-se descritas algumas das necessidades e interesses mais frequentemente descritas pelas famílias. Coloque um X nas colunas à direita nos tópicos que gostaria que fossem discutidos/analizados assinalando se esse tópico constitui um interesse e/ou uma necessidade. No final existe um espaço para poder escrever outros tópicos que não estão incluídos nesta lista mas que gostaria de discutir.

A informação obtida deste inventário será confidencial.

Assinale:
1 – Se o item constituir um interesse/necessidade prioritário;
2 – Se estiver interessado/necessidade no item mas este não constitui uma prioridade atual;
3 – Se não estiver interessado/necessidade neste momento.

Gostaria de obter informação...

Tópicos	Interesse	Necessidade	1	2	3
Relacionada com a criança					
Saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho.	X		X		
Saber como é que as crianças crescem e se desenvolvem (ex: áreas social, motora e de autonomia).		X	X		
Aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho.		X	X		
Ensinar o meu filho.		X	X		
Lidar com o comportamento do meu filho.		X	X		
Aprender a falar e a brincar com o meu filho.		X	X		
Relacionada com a família					
Envolver a família e amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho.		X	X		

Aprendermos a resolver, nós mesmos, os problemas familiares encontrando soluções em conjunto.	X				X
Obter mais apoio para mim.	X				X
Obter mais apoio para o meu companheiro.	X				X
Ter mais tempo para mim.	X			X	
Divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família	X			X	
Relacionada com a comunidade					
Obter mais informação sobre:					
- cuidados médicos;			X	X	
- alimentação;			X	X	
- ajuda legal;			X	X	
- intervenção em momentos de crise;	X			X	
- brinquedos, equipamento adequado à idade.			X	X	
Encontrar creches ou infantários.			X		X
Encontrar amas ou babysitters.	X				X
Incluir o meu filho em atividades extracurriculares.	X				X

Indique outros assuntos que constituem um interesse e/ou necessidade para si e para a sua família:

Obrigada pela sua participação!

Telma Remita Ferreira Sampaio

(Técnica de Reabilitação Psicomotora)

6. Exemplo de um planeamento de sessão da criança A – mês de Fevereiro/Março

Tema: Atividades, os animais, o trator e a quinta / Cozinha

FEVEREIRO/MARÇO

Momentos	Atividades/Descrição	Objetivos	Materiais	Tempo
Ritual de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento Inicial Rever no Dossier Individual o que foi feito na última sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular o contacto social Estimular a memória de curto-prazo Estimular a capacidade de relatar acontecimentos anteriores de forma breve Desenvolver a capacidade de rever conceitos anteriormente adquiridos 	Dossier individual	15 minutos
Ativação Geral	Sobe, sobe, desce, desce – a criança tem de subir as escadas da clínica, com a técnica, despedindo-se da mãe e passo a passo fazê-lo de forma autónoma.	<ul style="list-style-type: none"> Subir e descer as escadas com alternância de pés com ajuda de alguém familiar e de forma independente Estimular o interesse e motivação da criança 		20 minutos
Corpo de Sessão	<p>A quinta – são dispostas na sala figuras de animais da quinta, um trator e duas figuras (Agricultor/Agricultora). É dada a criança a liberdade de brincar com a técnica.</p> <p>O desenho – Ilustrar a brincadeira, numa folha branca, com diferentes materiais (lápis, folhas coloridas, <i>stickers</i>).</p> <p>Os animais da quinta e os animais do Zoo – pede-se à criança que divida os animais da quinta e os animais do Jo, num jogo para esta construída. Com velcro nas figuras dos animais constrói-se um jogo plastificado onde a criança tem uma imagem pré estipulada dos animais que pertencem à quinta e ao zoo. Deve colar os animais no local correto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreender adjetivos relacionados com a dimensão Estimular o jogo simbólico Juntar mais de 2 palavras e realizar frases simples Cooperar de forma ativa e com imaginação na atividade cumprindo as regras que lhe são propostas 	Guaches Folhas brancas e de cor Jogo em velcro dos animais Figuras Schleich (Animais, Agricultor e um Trator) Autocolantes (stickers)	40 minutos

	<p>Jon im Traktor – a criança deve pintar um trator com guache ou lápis de cor e colar a sua foto pessoal no condutor. De seguida são-lhe entregues a letras em plástico que deve sobrepor sobre as letras da frase escrita na folha.</p> <hr/> <p>LETRA K - Lesebibel Kuchen (Bolo)</p> <p>A criança aprende a letra K, com o movimento de duas matracas de madeira, fotografa-se e imprime a fotografia, colando-se a letra em papel canelado correspondente. É-lhe demonstrada uma imagem de um bolo, escreve-se a palavra com letras de plástico e pinta-se uma imagem de um bolo. De seguida, procura-se conhecer a palavra bolo e os ingredientes a este associados. Dá-se início à sessão</p> <p>Fazer um bolo – são dispostos na mesa os ingredientes necessários para a conceção de um bolo (leite, chocolate, farinha, açúcar, óleo e ovos). A criança deve juntar todos os ingredientes, mexer e colocar o bolo no forno</p> <p>Cortar e comer – Após o bolo estar pronto, a técnica deve ajudar a criança a cortá-lo e dividi-lo adquirindo ambos uma fatia. A criança deve contar quem tem mais ou menos fatias e ser descrita e emoção de triste ou contente consoante o número de fatias que cada um tem. Deve ilustrar o número de fatias que cada um comeu, numa folha em branco, através de plasticina ou recortes de diferentes cores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de ilustrar acontecimentos de forma breve, com ajuda de diferentes materiais numa folha • Ser capaz de manusear diferentes materiais • Desenhar corretamente a figura humana com alguns detalhes (cabeça, tronco, braços, pernas, olhos, boca, nariz) • Reconhecer emoções básicas como triste feliz irritado • Compreender verbos utilizados em figuras de atividades ou ações através da criação de um <i>Tätigkeitsbuch</i> • Estimular a pinça nítida 	<p>Fotografia tipo pass da criança Abecedário em plástico Lápis de cor Plasticina Cola e Tesoura</p> <p>Letra em papel canelado Paus de madeira (Matracas) Fotografia do gesto para a letra “K” Imagem de colorir: Bolo</p> <p>Bolo de chocolate Ingredientes do bolo (1 ovo, chocolate, farinha, óleo, açúcar) 1 Alguidar</p>	
--	--	--	--	--

	<p>O que fizemos – a criança deve ilustrar</p> <p>O que fizemos – a criança deve ilustrar o que foi necessário para a composição do bolo através de autocolantes. Deve expressar os diferentes passos que são necessários de forma breve. Noutra folha, deve colar uma fotografia da técnica e dela, e colar com cartolina quantas fatias de bolo cada um adquiriu.</p> <p>Tätigkeitsbuch – inicia-se a criação de um livro que regista as atividades da criança. Em cada fotografia é explícito um verbo que relata o que este faz. A primeira fotografia colada equivale a ação de fazer um bolo. A partir daqui nas sessões que se seguem no final são coladas fotografias trazidas e impressas pelos pais aborda-se o que este fez, por observação das imagens. As fotografias são coladas em conjunto.</p>		<p>Colher de pau 1 Avental Folha branca Folhas de cor Tesoura Autocolantes Talheres, garfo e prato Caderno vazio Fotografias da criança e da família</p>	
Retorno à Calma	<p>Tätigkeitsbuch – colar novas fotografias e rever as anteriores; expressar os verbos correspondentes em cada uma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar interesse em gravuras ou figuras • Reconhecer detalhes em livros • Virar páginas do livro, uma de cada vez 	Tätigkeitsbuch	10 minutos
Ritual de Saída	<p>Cumprimento Final</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a música final como um feedback positivo <p>“Ja das hast du gut gemacht”</p>		5 minutos

7. Exemplo de um planeamento de sessão da criança B – mês de Novembro e Dezembro

NOVEMBRO

Momentos	Atividades/Descrição	Objetivos	Materiais	Tempo
Ritual de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento Inicial 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a Interação social Estimular o contacto ocular Responder à voz quando chamado 	Fantoches	15 minutos
Ativação Geral	<p>Coloca as bolas dentro do balde</p> <p>A criança tem um balde de plástico à sua posição e várias bolas de plástico. Deve colocar as bolas dentro do balde e apanhar as que saltarem fora do mesmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estimular o contacto ocular e a coordenação óculo-manual Apanhar os objetos do chão, sem cair Colocar objetos dentro de um recipiente de plástico 	Balde Bolas coloridas	20 minutos
Corpo de Sessão	<p>Espelho mágico espelho meu, quem é este? Sou eu? – a criança deve olhar-se ao espelho e a técnica deve movimentar o mesmo, potenciando o movimento das rocas e a atenção/olhar da criança.</p> <p>Arrancar as formas de cores – no jogo de velcro das diferentes cores, a criança deve arrancar a cor e devolver a mesma ao lugar certo quando lhe entregue</p> <p>Enfia os círculos – a criança deve enfiar os círculos de diferentes cores no cilindro.</p> <p>Desliza as contas de madeira – a criança deve deslizar as contas de madeira, no jogo de madeira que lhe é entregue.</p> <p>A bola entra pela chaminé – a criança deve colocar a bola na chaminé da casa de madeira e observar o seu movimento até ao fim, recolhendo a bola e voltando a colocar no sítio correto.</p> <p>Separar as peças e colocar no balde – são dispostas na mesa diferentes peças de plástico juntas, a criança deve separá-las e atirar corretamente para dentro do balde.</p> <p>Cucu estou aqui! – com dois círculos de plástico a criança e a técnica devem procurar chamar a atenção um do outro olhando</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estimular o contacto ocular e a coordenação óculo-manual Ser capaz de manusear objetos sem os atirar Desenvolver a capacidade de preensão palmar e a pinça inferior Ser capaz de transferir objetos de uma mão para outra Fixar um objeto num ângulo específico Reconhecer canções infantis Explorar as propriedades e funções dos brinquedos Responder à voz quando chamado Ser capaz de distinguir e agrupar as cores Ser capaz de desenhar por imitação diferentes formas 	<p>Espelho com rocas</p> <p>Jogo de cores em velcro</p> <p>Círculos e cilindro</p> <p>Labirinto de contas de madeira</p> <p>Casa de madeira e bola</p> <p>Peças de plástico</p> <p>Círculos de borracha</p>	40 minutos

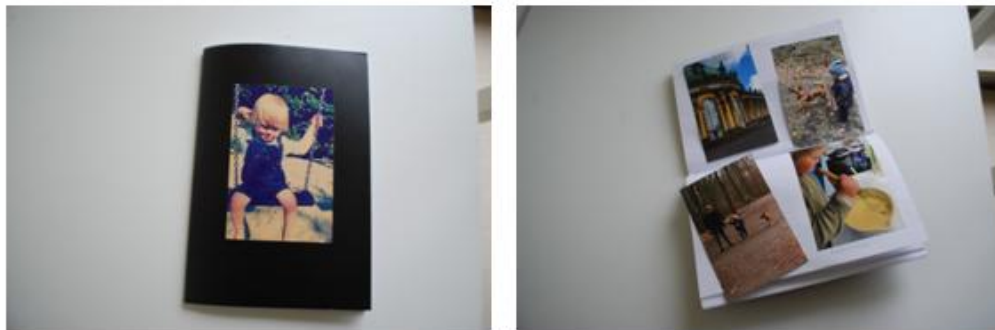
	<p>dentro do círculo.</p> <p>Quadro de sons – a criança deve colocar as formas dos animais no local certo reproduzindo e imitando os sons automáticos das figuras dos fantasmas “Ahahaha”.</p> <p>LETRA A – Leseibel Apfel (Maçã)</p> <p>Na mesa, a criança reproduz o som “Ahaha” do jogo dos fantasmas por imitação. Mostra-se uma figura de uma maçã, cortamos a maçã e damos a provar partilhando. A criança é fotografada a dizer o fonema A. Cola uma letra com ajuda da técnica, sobre a folha com a fotografia. As fichas de trabalho, são inseridas no seu Dossier individual.</p> <p>“Mão aqui, mão aculá” – a criança tem ao seu dispor uma folha de papel e diversas tintas laváveis. É dada a criança a autonomia de usar as mãos para pintar no papel de acordo com os seus interesses.</p>		<p>Quadro de formas dos fantasmas</p> <p>Cola e tesoura Folhas brancas Tintas laváveis Papel de desenho Maçã Máquina fotográfica Letra em papel canelado</p>	
Retorno à Calma	<ul style="list-style-type: none"> Retornar o estado de calma e dar fim à sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer canções infantis 	Tablet Youtube – Deutscher Kinderlieder	10 minutos
Ritual de Saída	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento Final 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a música final como um feedback positivo <p>“Alle leute gehen jetzt nach haus”</p>		5 minutos

DEZEMBRO:

Momentos	Atividades/Descrição	Objetivos	Materiais	Tempo
Ritual de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento Inicial 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a Interação social Estimular o contacto ocular Responder à voz quando chamado 	Fantoches	15 minutos
Ativação Geral	Coloca as bolas dentro do balde	<ul style="list-style-type: none"> Estimular o contacto ocular e a coordenação óculo- 	Balde Bolas	20 minutos

		manual	coloridas	
Corpo de Sessão	<p>Plasticina – é dada a criança diferentes cores de plasticina, com a técnica realizam diferentes moldes</p> <p>Lagarta colorida – a criança deve encaixar as peças da lagarta por tamanhos e cores</p> <p>Torres de cubos – a criança deve encaixar os cubos uns nos outros e construir uma torre.</p> <p>Rasga, rasga! – são entregues diferentes folhas de rascunho à criança que esta deve rasgar.</p> <p>Puzzle ímanes – são entregues à criança diferentes figuras. A técnica auxilia na procura das peças corretas para a construção do carro em íman.</p> <p>Arrancar as formas de cores – no jogo de velcro das diferentes cores, a criança deve arrancar a cor e devolver a mesma ao lugar certo quando lhe entregue</p> <p>Enfia os círculos – a criança deve enfiar os círculos de diferentes cores no cilindro.</p> <p>Quadro de sons – a criança deve colocar as formas dos animais da quinta no local certo reproduzindo e imitando os sons automáticos e colocando as formas de volta ao lugar certo.</p> <p>Pinta! – é dado um pincel de tamanho superior e uma caixa de guaches com água. É dada a liberdade da criança pintar da forma que quiser. A técnica realiza a atividade em simultâneo com este.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a preensão manual e a pinça nítida • Juntar dois cubos em cada mão e agrupá-los • Construir torres com cubos de lego, com modelo de imitação • Atirar um objeto para uma área em específico • Apontar com o indicador com precisão para um objeto • Procurar o objeto que cai e um objeto escondido • Apontar para objetos distantes • Completar jogos de encaixe com diferentes formas e figuras • Partilhar brinquedos 	<p>Plasticina colorida</p> <p>Lagarta de madeira</p> <p>Cubos de plástico</p> <p>Folhas brancas</p> <p>Puzzle dos ímanes</p> <p>Jogo de velcro das cores</p> <p>Círculos e cilindro</p> <p>Quadro de formas e sons</p> <p>Guaches</p> <p>Legos</p> <p>Pincel grosso</p> <p>Folhas de desenho</p>	40 minutos
Retorno à Calma	<p>Retornar o estado de calma e dar fim à sessão</p> <p>Carros -Conduzir os carros pelas diferentes partes do corpo e nomeá-las conforme o carro passa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer canções infantis • Estimular a noção corporal 	<p>Tablet</p> <p>Youtube – Deutscher Kinderlieder</p> <p>2 carros de pequeno porte</p>	10 minutos
Ritual de Saída	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento Final 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a música final como um feedback positivo <p>”Alle leute gehen jetzt nach hause”</p>		5 minutos

8. Materiais construídos no âmbito da Intervenção

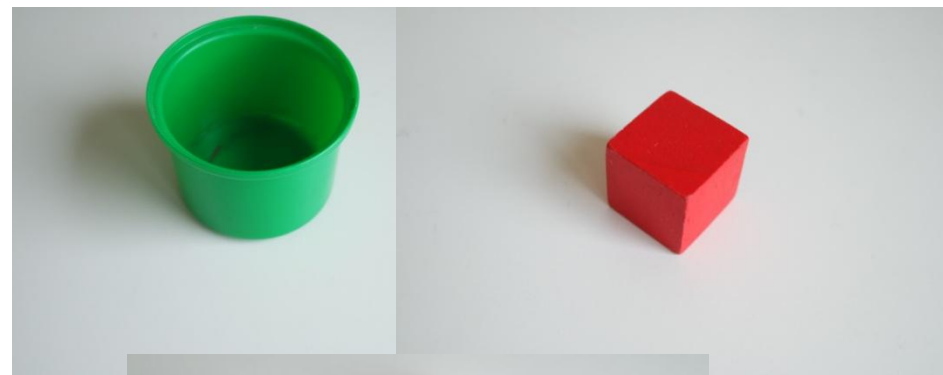


Tätigkeitsbuch

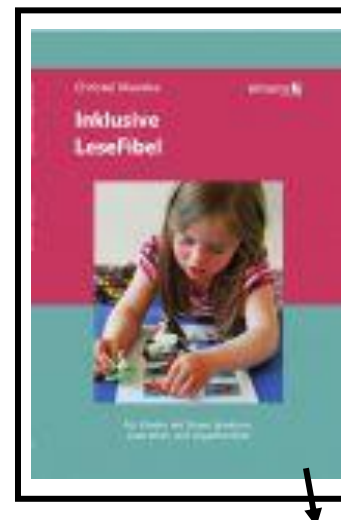
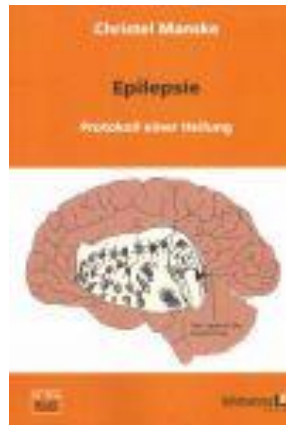


9. Materiais adaptados utilizados na aplicação da SGS II

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora



10. Livros publicados pela Diretora-Técnica do Instituto



Participação mensal na Revista KIDS Aktuell para pais de crianças com Trissomia 21 com artigos científicos.

Exemplo da Edição de Maio.

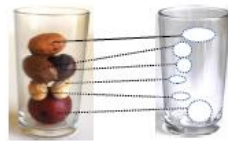
Metodologia criada pela Autora ilustrada no Livro, e trabalhada no Instituto especifica para crianças com Trissomia 21

11. Livro concebido em Co-parceria com a técnica estagiária do Instituto sobre conceitos cognitivos e matemáticos

Para crianças com Trissomia 21. A ser publicado em Outubro de 2018. Versão de Pré-edição com meros exemplos.



Micki schüttet die Äpfel hin und her.



Ella schüttet den Saft hin und her.



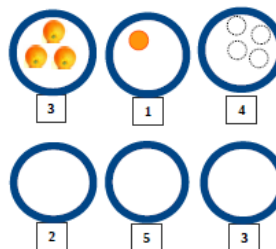
Weißhörnchen verteilt die Nüsse:
„Kinder esst soviel, bis ihr satt seid.“

Schmeckt, schmeckt, schmeckt!

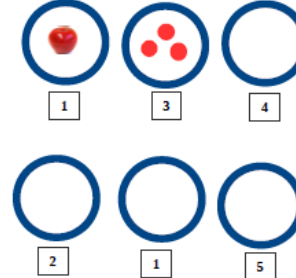
Alle Nüsse schmecken anders.
Welche Nüsse schmecken euch am besten?
Mir schmecken die Pekannüsse.“

Lena gibt jedem Baby Äpfel.

Unter dem Teller steht die Ziffer, die die Menge der Orangen bezeichnet, die du auf den Teller malen darfst.



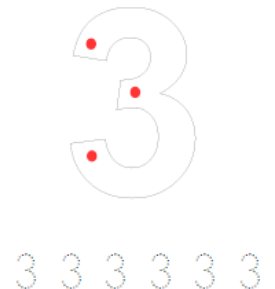
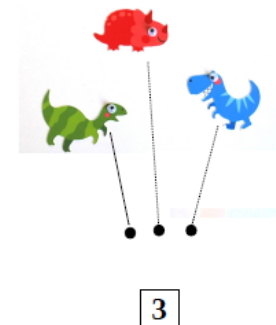
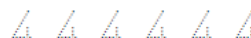
Unter dem Teller steht die Ziffer, die die Menge der Äpfel bezeichnet, die du auf den Teller malen darfst.



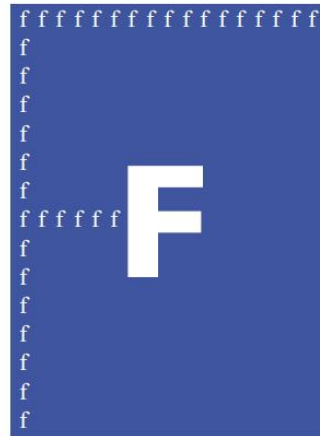
Finde die wilden Tiere.



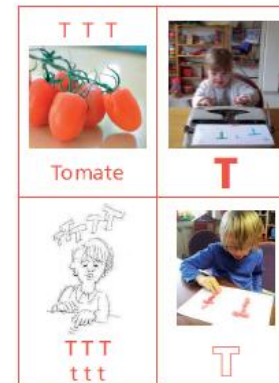
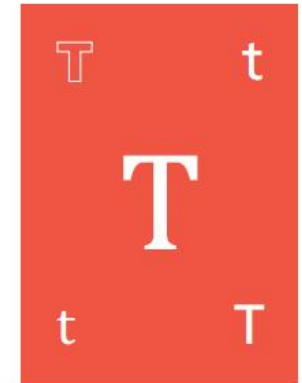
Finde die Haustiere.



12. Ilustração interior com meros exemplos do *LeseFibel* (Livro método base do Instituto)



46



47



48



49

13. Carta de Motivação

CHRISTEL MANSKE

INSTITUT

CHRISTEL MANSKE INSTITUT - für die Entwicklung funktioneller Hirnsysteme

Charlottenstr. 32

20257 Hamburg

Tel.: +4940 / 491 10 51

info@christel-manske-institut.de

Gutachten

Hamburg, den 18.05.2017

Telma Sena, geb. am 25.06.1994, hat vom 1. Oktober 2016 bis 31. Mai 2017 im Christel Manske Institut für die Entwicklung funktioneller Hirnsysteme ein Praktikum gemacht.

Sie hat eine universitäre Ausbildung in Psychomotorik. Sie sammelte bereits Erfahrungen mit Kindern mit Autismus und Downsyndrom in Lissabon. Sie war auf die Arbeit hier gut vorbereitet. Von Montag bis Freitag hat sie hier jeden Tag 8 Stunden gearbeitet.

Bereits nach einem Monat Hospitation konnte sie selbstständig mit Kindern mit Downsyndrom und Kindern mit autistischer Symptomatik erfolgreich arbeiten.

Alle Stunden wurden nach dem Konzept der Entwicklungspsychologie von Vygotski vorbereitet und durchgeführt. Außerdem hat sie von jeder Stunde ein Protokoll angefertigt, in dem sie den Stundenverlauf und den Dialog zwischen ihr und den Kindern dokumentiert und reflektiert.

Gustav, 3 Jahre, war mit 1 Jahr in unsere Praxis gekommen, er war stark entwicklungsverzögert. Die unbedingten Reflexe mussten sich erst entwickeln. Inzwischen lernt er mit Frau Sena erfolgreich die „Sinngeladenen Laute“, um die Lautsprache herauszubilden.

Sofia, 4 Jahre, hat während des Praktikums gelernt, in ganzen Sätzen regelrecht zu sprechen. Frau Sena hat mit ihr ein Tätigkeitsbuch angefertigt.

Laurenz und Finn haben gelernt, Blickkontakt zu erwidern. Beide sind inzwischen so weit, dass sie Hauptwörter und Tätigkeitswörter benutzen. Beide haben gelernt sich 45 Minuten zu konzentrieren.

Jon, 4 Jahre, hat entsprechend der Entwicklung des Denkens mathematische Fähigkeiten entwickelt. Nun kennt er die Zeichen mehr (>), weniger (<), gleich (=), plus (+) und minus (-). Er zählt bis zwanzig und löst Additions- und Subtraktionsaufgaben. Außerdem hat er inzwischen mit ihr gelernt, mit Euros einzukaufen.

Sie hat als Fotografin und Informatikerin an der Herstellung des Buches „Inklusive Mathematik“ mitgewirkt. Sie hat an Fortbildungen zum „Inklusiven Unterricht“ teilgenommen.

Auf Grund ihrer überzeugenden Arbeit bekommt sie einen Arbeitsvertrag in diesem Institut ab Oktober 2017.

Ich habe mich dazu entschlossen, weil sie wissenschaftlich arbeitet und sich auf die verschiedenen Kinder emphatisch einstellt. Sie achtet darauf, dass ihre Interventionen die Kinder glücklich machen. Wenn dieses nicht sofort gelingt, sucht sie nach Lösungen oder wendet sich an mich.

Ich beurteile ihre Leistung mit der portugiesischen Note 20.

Dr. Christel Manske


Christel Manske Institut
für den Aufbau funktioneller Hirnsysteme
Dr. Christel Manske
Psychotherapeutin
Charlottenstraße 32 · 20257 Hamburg
Telefon (49) 40 491 10 51

Note 20: Äquivalent in Deutschland - ECTS Grade A: sehr gut (1,0)

